

Cazuri clinice
COMPLEXE în
dermatologia
animalelor mici

AUTORII

CARLA DEDOLA

Dr. Carla Dedola a absolvit Medicina Veterinară la Universitatea din Sasser (Italia) în 2001. După absolvire, a lucrat ca medic generalist într-o clinică privată din Monza, Italia, unde a dezvoltat un interes pentru dermatologia animalelor mici. În 2007, a obținut un post de rezidențiat în Dermatologie Veterinară la prestigioasa Școală Regală (Dick) de Studii Veterinare, Universitatea din Edinburgh, Scoția. În 2010, a promovat examenul Colegiului European de Dermatologie Veterinară și a devenit Diplomată a Colegiului European. Din 2014 până în 2019, a ocupat funcția de secretar al Asociației Italiene de Dermatologie a Animalelor Mici (SIDEV). Din 2011, a lucrat ca medic veterinar independent în Sardinia, Italia, colaborând cu mai multe clinici ca specialist în dermatologie. De asemenea, conduce și este mentor științific al cursurilor de dermatologie organizate de Asociația Italiană a Medicilor Veterinari specializați în Animale Mici (SCIVAC).



GIORDANA ZANNA

Dr. Giordana Zanna a absolvit Medicina Veterinară la Universitatea din Bari (Italia) în anul 2000. După ce a lucrat în diverse clinici de medicină generală din Italia și a efectuat stagii de practică la Universitatea din Liverpool și Universitatea din Bristol (Marea Britanie), și-a început rezidențiatul în Dermatologie Veterinară la Universitatea Autonomă din Barcelona (UAB, Spania). În 2010, a devenit Diplomată Europeană a Colegiului European de Dermatologie Veterinară. De asemenea, și-a finalizat studiile doctorale la aceeași universitate, susținându-și disertația despre patogeniza mucinozei hialuronoziei la Shar Pei în 2010. Este vicepreședinte al Asociației Italiene de Dermatologie la Animale Mici (SIDEV) și secretar al Asociației Italiene a Medicilor Veterinari la Animale Mici (SCIVAC), precum și director și mentor științific în dermatologie. În prezent, Giordana lucrează la Institut.

Medic veterinar din Novara, Italia, specializată în dermatologie veterinară, predă frecvent diverse cursuri naționale atât în Italia, cât și în Spania, precum și susține prelegeri la conferințe internaționale. Este autoarea mai multor articole publicate în reviste naționale și internaționale și continuă să-și plăcă cercetarea, în special în ceea ce privește tehnicile de diagnostic neinvazive, cum ar fi dermatoscopia.



PROLOG

După 40 de ani de experiență în profesie, sunt convins că una dintre cerințele esențiale pentru furnizarea de îngrijiri clinice de cea mai bună calitate este adoptarea unei abordări bazate pe rezolvarea problemelor și neîncetarea învățării. Ceea ce știm cu siguranță este că cazurile clinice nu sunt întotdeauna ușor de rezolvat, iar animalele se pot prezenta cu multe semne clinice diferite.

Metodele tradiționale de instruire trec adesea cu vederea această variabilă și nu reușesc să ofere învățare contextuală. Învățarea bazată pe probleme (PBL) abordează tocmai această deficiență, deoarece încearcă să reproducă situații din viața reală pentru a stimula învățarea și ajută la integrarea cunoștințelor și la combinarea acestora cu abilități de învățare continuă. În medicina veterinară, este ușor să se abordeze cazurile clinice folosind această metodă. În acest sens, este important ca cazurile clinice să fie selectate în funcție de complexitatea lor, recunoscând că rezultatele deviază adesea de la cursul așteptat.

Am avut norocul să lucrez cu Dr. Dedola și Dr. Zanna la mai multe cursuri postuniversitare și am fost martor direct la entuziasmul și capacitatea lor de a preda dermatologia folosind abordarea PBL (Învățare Bazată pe Probleme). Am găsit același entuziasm și aceeași abilitate în această carte. Cu ajutorul acestei lucrări, cititorul poate explora diverse scenarii clinice care servesc drept exemple excelente de cazuri din viața reală în dermatologia veterinară.

**Fabia Scarampella,
doctor în medicină,
master în științe,
diplomă ECVD**

PREFAȚĂ

În această carte, autorii prezintă o serie de cazuri clinice dermatologice deosebit de complexe la câini și pisici . Prin „complexe” se înțeleg cazurile în care găsirea unei soluții sau a unui răspuns la problema pacientului nu a fost nici ușoară, nici rapidă. Având în vedere acest lucru, autorii au selectat cu atenție cazuri clinice care au prezentat o provocare profesională, în care un diagnostic nu a fost ușor disponibil sau în care raționamentul diagnostic nu a fost atât de simplu pe cât s-ar fi așteptat. Dificultățile au apărut din cauza prezentării neobișnuite a tabloului clinic, a rezultatelor neașteptate ale testelor de diagnostic sau a lipsei de răspuns la protocolul terapeutic standard pentru diagnosticul respectiv. Complexitatea cazurilor poate proveni din tipul de pacient, genotipul sau fenotipul acestuia, starea imunologică, prezența concomitentă a altor boli sau pur și simplu din faptul că boala nu era de așteptat să apară la un pacient cu aceste caracteristici (de exemplu, pentru că nu aparțin unei rase cu o anumită predispoziție sau pentru că sunt prea bătrâni sau prea tineri pentru ceea ce s-ar aștepta).

Cititorul va putea astfel descoperi întregul raționament și dezvoltare a cazurilor direct de la autori. Fiecare caz urmează o abordare de rezolvare a problemelor și include istoricul pacientului, examenele clinice și dermatologice, testele diagnostice, rezultatele, tratamentul stabilit și progresul pacientului. În cele din urmă, autorii adaugă câteva considerații suplimentare și elementele cheie pe care le consideră importante pentru interpretarea corectă a fiecărui caz.

Autorii

CUPRINS

CAZUL 1. Alopecie parțială generalizată asociată descuamarea la un	câine
CAZUL 2. Masă alopecică, ulcerată și eritematoasă în tarsul unei pisici	9
CAZUL 3. Abordare diagnostică prin dermatoscopie a unui caz de alopecie multifocală la un câine ...	17
CAZUL 4. Dermatitis ulcerativă la un câine	25
CAZUL 5. Dermatitis ulcerativă mucocutanată la un câine	33
CAZUL 6. Alopecie multifocală asociată cu dermatită exfoliativ, difuz și extins la o pisică	41
CAZUL 7. Dermatitis pustuloasă generalizată la un câine	51
CAZUL 8. Leziuni pigmentate multiple la o pisică de 6 ani	
CAZUL 9. Dermatitis exfoliativă generalizată la un câine	69
CAZUL 10. Dermatitis exudativă severă la o pisică	79

CAZUL 11. Dermatită lichenoidă la un câine	87
---	----

CUPRINS

CAZUL 12. Noduli subcutanați ulcerați multipli la un câine	95
--	----

CAZUL 13. Alopecie multifocală la un câine	103
---	-----

CAZUL 14. Dermatită erozivo-ulcerativă a planului nazal la un câine	11
3	

CAZUL 15. Dermatită hiperkeratozică și crustoasă într-un cățeluș	12
1	

CAZUL 16. Dermatită ulcerativă nodulară la o pisică	13
1	

CAZUL 17. Dermatită ulcerativă și alopecie la un câine	13
9	

CAZUL 18. Alopecie generalizată cu creștere spontană a părului la un câine	149
CAZUL 19. Alopecie și dermatită exfoliativă la un câine atopic	157
CAZUL 20. Dermatită exfoliativă și edem la o pisică imunocompromis	167
REFERINȚE	175

COSE |

Alopecie parțială
generalizată asociată
cu descuamare la un
câine

CAZUL 1. ALOPECIE PARȚIALĂ GENERALIZATĂ ASOCIATĂ CU DESCUAMATIE LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Pomeranian
- Vârstă: 3 ani
- Sex: feminin
- Stil de viață: Interior

INTRODUCERE

Acest caz îi reamintește medicului veterinar importanța urmăririi unei abordări diagnostice pas cu pas, fundamentală pentru confirmarea - sau excluderea unei suspiciuni clinice. Boala diagnosticată nu este deosebit de atipică sau dificil de recunoscut, dar ar fi putut fi diagnosticată greșit sau confundată cu o altă afecțiune cu semne similare, mult mai frecventă la rasa acestui pacient.

ANAMNEZĂ

Această cățea a început să-și piardă părul și să descuameze pielea acum aproximativ 6 luni. Medicul veterinar i-a prescris un tratament cu antibiotice cu amoxicilină-acid clavulanic în doză de 15 mg/kg, de două ori pe zi, timp de 14 zile. În ciuda tratamentului, părul nu a crescut la loc. Această alopecie a început pe cap, dar s-a extins la trunchi, coadă și membre.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Fără schimbări notabile.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Examinarea a relevat alopecie parțială difuză cu cădere secundară a părului. Blana era rară, uscată și ternă (Fig. 1). La o inspecție mai

de mici solzi albicioși atașați de piele și cilindri foliculari pe trunchi, cap și lobii urechilor (fig. 2a-c).

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, următoarele boli au fost incluse în diagnosticul diferențial:

- Adenită sebacee granulomatoasă idiopatică.
- Leishmanioză (vezi tabelul 1).
- Oprirea ciclului folicular (alopecie X).
- Demodecie.
- Dermatofitoză generalizată.



Figura 1. Alopecia parțial generalizată, especialmente notable en el tronco y en la cara caudal de las extremidades (flecha). No hay pelo secundario y el manto está seco y sin brillo.

atentă, prezența...

CASO 1. ALOPECIA PARCIAL GENERALIZADA ASOCIADA A DESCAMACIÓN EN UN PERRO



Figura 2. Solzi mici atașați de părul capului (a) și de lobii urechilor, unde smocurile de păr se încurcă (b,c).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea microscopică a părului: Acesta este cel mai util test pentru observarea tijei firului de păr și a bulbului firului de păr atunci când se suspectează o afecțiune care afectează aceste structuri. În plus, deși nu este considerat standardul de aur, poate identifica prezența acarienilor *Demodex* sau chiar a hifelor și sporilor diferiților ciuperci.
- Rasurarea profundă a pielii: aceasta este tehnica standard pentru diagnosticarea demodexiei. O probă a fost prelevată și plasată pe o lamă cu o picătură de ulei mineral, acoperită cu o lamelă și observată la microscop folosind obiective cu mărire mică (4x și 10x).
- Cultura fungică: au fost smulși mai mulți fire de păr și pielea a fost răzuită pentru a obține niște solzi; probele au fost apoi trimise la un laborator specializat pentru cultura fungică.

Ca parte a examenului clinic și având în vedere că leishmanioza a făcut parte din diagnosticul diferențial, au fost efectuate și următoarele teste:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Test de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania*.

De asemenea, au fost planificate mai multe biopsii cutanate în cazul în care nu s-ar obține rezultate concludente în urma tuturor acestor teste.

REZULTATE

- Examinarea microscopică a firului de păr: s-au observat grupuri de fire de păr cu acumulare de keratină în tijă, ceea ce este în concordanță cu prezența cilindrilor foliculari (Fig. 3; vezi elementele cheie ale cazului). Majoritatea bulbilor de păr se aflau în faza telogenă (oprirea ciclului folicular).



Figura 3. Numeroase resturi keratinoseboreice în jurul firului de păr (cilindri foliculari).

CASO 1. ALOPECIA PARCIAL GENERALIZADA ASOCIADA A DESCAMACIÓN EN UN PERRO

deși s-au observat și unele fire de păr în faza anagenă (creștere activă).

- Rasurile de piele au fost negative pentru acarienii *Demodex* și nu s-au detectat ciuperci.
- Cultura fungică nu a identificat nicio creștere a agenților patogeni.
- Titrurile de anticorpi *anti-Leishmania* au fost negative.
- Examinarea histopatologică a probelor de piele a relevat că epiderma prezenta hiperkeratoză lamelară ortokeratozică cu aspect de „țesătură de coș” din cauza prezenței lamelelor laxe. De asemenea, au fost observate multiple dopuri foliculare cu

keratoză foliculară marcată. Nu au fost identificate glandele sebacee; în schimb, s-a observat un infiltrat inflamator histiocitar-limfocitar în unii foliculi de păr (Fig. 4a-c).

În acest caz, toate constatările au fost compatibile cu diagnosticul definitiv de adenită sebacee granulomatoasă idiopatică.

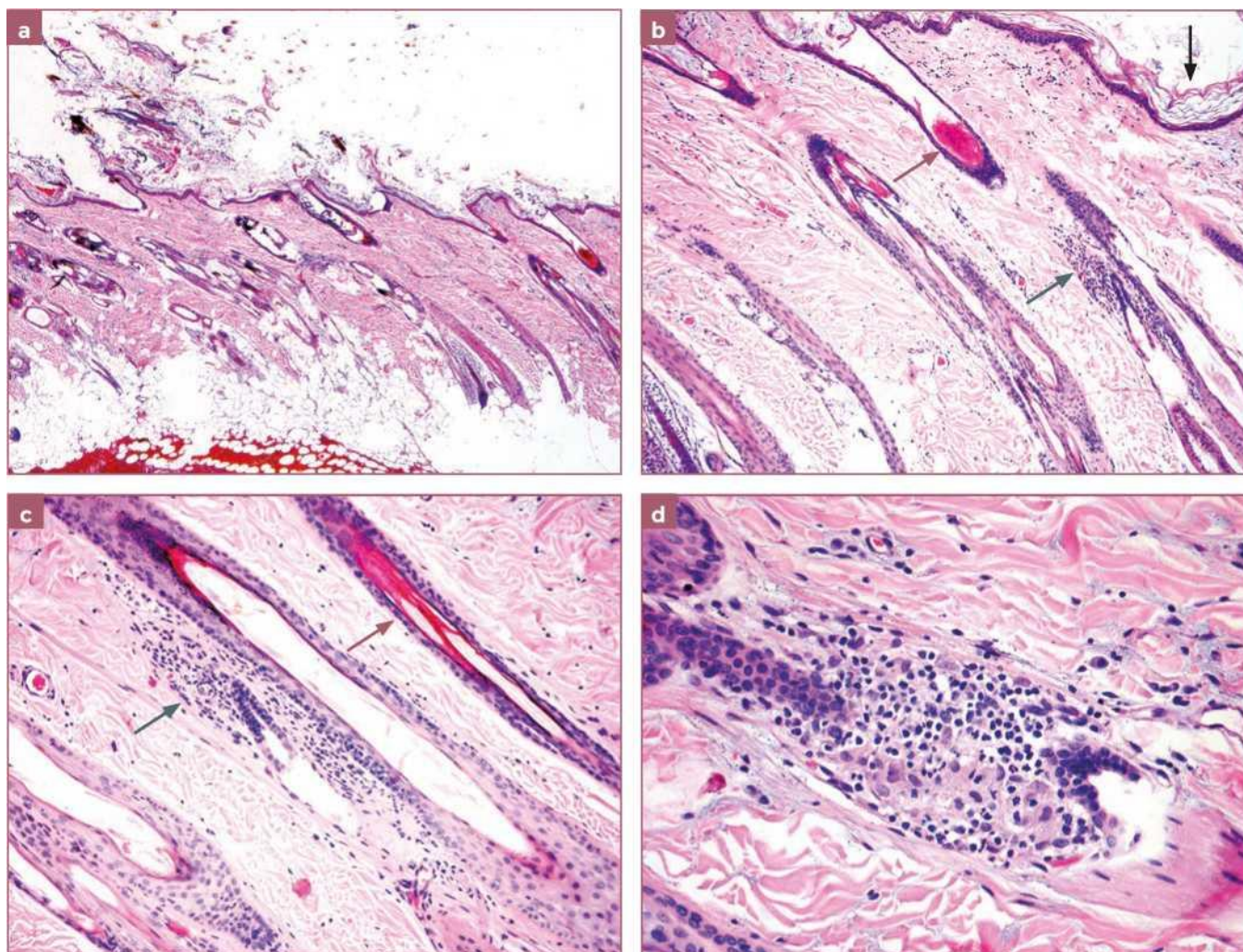


Figura 4. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină și eozină (H&E) (10x-40x). Hiperkeratoză lamelară ortokeratozică cu aspect de „țesătură de coș” (ayb; săgeată neagră în b) și keratoză foliculară multifocală (byc; săgeată roșie) asociată cu absența totală a glandelor sebacee și prezența sporadică a unui infiltrat limfocitar-histiocitar în locul acestora (byc; săgeată verde). Prezența unui infiltrat inflamator în locul glandelor sebacee (d). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

CASO 1. ALOPECIA PARCIAL GENERALIZADA ASOCIADA A DESCAMACIÓN EN UN PERRO

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Pacienta a fost tratată inițial cu ciclosporină A (CsA) orală, în doză de 5 mg/kg, o dată pe zi. În plus, a făcut băi săptămânale cu un șampon care conținea sulf, gluconat de zinc, acid lactic și acid salicilic. De asemenea, a fost aplicată zilnic o loțiune cu propilen glicol diluat în 50%.

După două luni de tratament, îmbunătățirea a fost semnificativă: părul a început să crească la loc, iar descuamarea s-a redus cu 75%. În acest moment, intervalul de administrare a CsA a fost crescut la fiecare 48 de ore. Programările de urmărire au fost programate la fiecare 30-60 de zile, cu excepția cazului în care simptomele au reapărut.

În timpul tratamentului de întreținere, pacientul a prezentat o recidivă parțială. Acest tratament de întreținere a constat în administrarea de CsA la fiecare 72 de ore în doză de 5 mg/kg, șamponoterapie o dată pe săptămână și aplicarea unei loțiuni cu propilen glicol diluat la fiecare două zile. Aspectul general al blănii s-a îmbunătățit, deși nu a revenit la starea normală. Dermatita scuamoasă a fost ținută sub control, dar imediat ce proprietarul a

CONSIDERAȚII

neglijat tratamentul topic, câinele a recidivat.

Deși diagnosticul în acest caz nu a fost deosebit de dificil, anumite aspecte trebuie luate în considerare. În primul rând, tabloul clinic și rasa câinelui ar fi putut sugera alopecia X datorată stopului folicular. Acest lucru subliniază importanța urmăririi unei proceduri de diagnostic sistematice pentru a confirma o suspiciunea clinică. Un alt aspect crucial este necesitatea unei examinări detaliate și amănunțite a leziunilor cutanate și a distribuției acestora. În acest sens, cilindrii foliculari și prezența leziunilor pe cap și urechi nu sunt tipice pentru alopecia X datorată stopului folicular. Toate aceste considerații i-au ghidat pe autori în decizia testelor adecvate pentru diagnosticul precoce și evitarea testelor inutile.

Tabloul clinic și rasa pacientei ar fi putut sugera că este vorba de alopecie X.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Cilindrurile foliculare sunt resturi de keratină care aderă la foliculul de păr deasupra *ostiumului folicular* (Fig. 5). Sunt considerate o leziune primară în tulburările procesului de cornificare, în special în adenita sebacee, dar pot fi întâlnite și în demodecie și dermatofitoză. În acest caz, dacă nu s-ar fi identificat cilindri foliculari, suspiciunea inițială, având în vedere rasa pacientului, ar fi fost de stop al ciclului folicular sau alopecie X (Fig. 6).



Figura 5. Dermatoscopia donde se aprecian cilindros foliculares alrededor de foliculos pilosos.



Figura 6. Perro Chow Chow con arresto del ciclo folicular (alopecia X). El manto es poco abundante, con pérdida total del pelo secundario. Se observan zonas alopécicas multifocales e hiperpigmentadas en el cuello, flanco y muslo.

ADENITĂ SEBACEE GRANULOMATOASĂ IDIOPATICĂ

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Adenita sebacee granulomatoasă idiopatică se caracterizează prin existența unei reacții imunologice, probabil de tip celular, îndreptată împotriva glandelor sebacee ale câinelui, care poate duce la distrugerea parțială sau completă a acestora.

Adenita sebacee granulomatoasă idiopatică este o boală rară la câini și foarte rară la pisici. Vârsta de debut este foarte variabilă. Poate apărea la câini tineri sau adulți și existând o predispoziție la rasă, fiind mai frecventă la pudeli, akita, samoyezi și vizsla maghiari.

Leziunile clinice se limitează de obicei la descumare și alopecie parțială, în special la debutul bolii, dar în formele mai extinse se identifică cilindri foliculari, zone mai mari de alopecie și semne de infecție secundară, probabil datorată bacteriilor și/sau drojdiei. Părul este rar și tern; la pudeli, acesta își poate pierde ondulația și poate deveni îndreptat. În unele cazuri, poate apărea otită externă, în special în stadiile incipiente ale bolii, unde poate fi singurul semn clinic detectabil. Inițial, leziunile sunt distribuite pe spate și cap. Pavilioanele urechii sunt, de asemenea, frecvent afectate (Fig. 7). În timp, acestea tind să se generalizeze în tot corpul.

Diagnosticul diferențial trebuie să includă următoarele afecțiuni: demodecie, dermatofitoză, displazie foliculară și, în zonele endemice, leishmanioză. Un studiu histopatologic este util pentru confirmarea diagnosticului. În stadiile incipiente ale bolii, se observă un infiltrat inflamator granulomatos sau piogranulomatos în glandele sebacee, precum și

Keratoză foliculară. În stadii mai avansate, există distrugerea totală a glandelor sebacee și atrofie foliculară. Infiltratul inflamator este mult mai puțin pronunțat.

TRATAMENT

Tratamentul pentru adenita sebacee ușoară este următorul:

- Tratament topic cu un șampon keratolitic pe bază de compuși precum sulf sau acid salicilic, urmat de clătiri cu produse emoliente și higroscopice cu glicerină, uree, fulgi de ovăz coloidal, lactat de sodiu și acid lactic.
- *de spray* sau loțiune pe bază de propilen glicol diluat în apă la 50-75%; aceasta a demonstrat o bună eficacitate în controlul leziunilor.
- Administrarea orală a acizilor grași esențiali omega-6 și omega-3 s-a dovedit, de asemenea, benefică. Prin urmare, aceștia ar trebui întotdeauna incluși în protocolul de tratament.

În cazuri mai severe, poate fi necesar un tratament sistemic:

- În prezent, ciclosporina A (CsA) este tratamentul de elecție, în doză de 5 mg/kg/zi, până la o ameliorare de 50-75%. Ulterior, tratamentul se menține cu cea mai mică doză eficientă.
- Vitamina A naturală, în doză de 10.000-30.000 UI/zi, a demonstrat rezultate bune la 80% dintre pacienții tratați.
- Cazurile refractare la ciclosporină atrială (CsA) pot fi tratate cu retinoizi sintetici (de exemplu, izotretinoină în doze de 0,8-3,5 mg/kg/zi sau etretinat în doze de 0,7-1,8 mg/kg/zi). Cu toate acestea, costul și potențialele efecte secundare fac ca utilizarea acestor medicamente să fie dificilă în practică.

Scopul tratamentului este de a ține boala sub control. Este neobișnuit ca câinii să revină la o stare normală și mulți au recidive chiar și cu tratament. În cazurile care debutează ușor, poate fi recomandabil să se înceapă tratamentul sistemic de la început pentru a menține funcționalitatea glandelor sebacee.

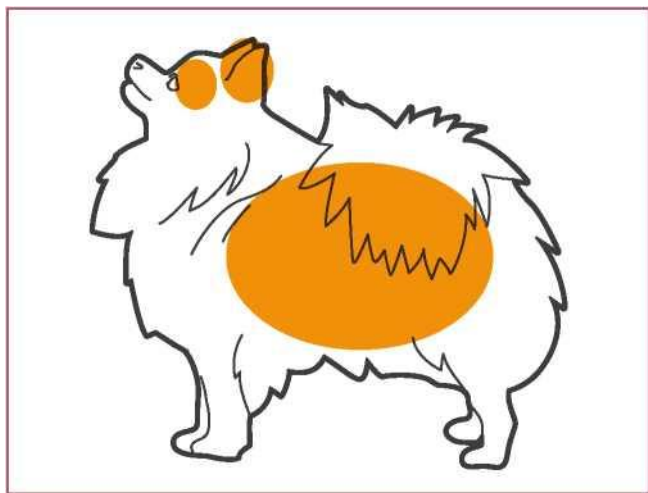


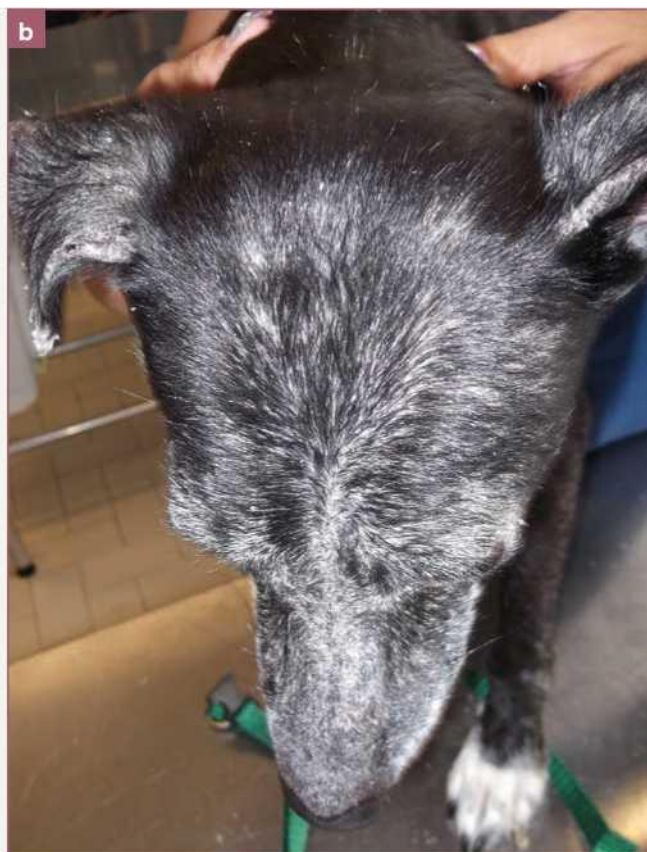
Figura 7. Leziunile adenitei sebacee granulomatoase idiopatice sunt distribuite inițial pe spate și cap. Lobii urechilor sunt, de asemenea, afectați frecvent. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 1. ALOPECIA PARCIAL GENERALIZADA ASOCIADA A DESCAMACIÓN EN UN PERRO

Tabelul 1. Adenită sebacee secundară leishmaniozei canine

Pe lângă adenita sebacee idiopatică, există și alte afecțiuni inflamatorii ale pielii care afectează și chiar distrug glandele sebacee. Diferențierea adenitei sebacee cauzate de leishmanioza canină de adenita sebacee idiopatică este deosebit de dificilă (vezi imaginea din Tabelul 1).

Identificarea directă a amastigotelor de *Leishmania* în țesuturi poate fi dificilă, mai ales dacă acestea nu sunt prezente în număr mare. Studiile histopatologice ale adenitei sebacee secundare leishmaniozei canine descriu prezența unui infiltrat dermic difuz, nodular, asociat cu leziuni subepidermice. Cu toate acestea, în forma idiopatică, inflamația este în general limitată la glandele sebacee și este asociată cu hiperkeratoză epidermică și keratoză foliculară.



/Z

CAZ 2

MASĂ ALOPECIFICĂ,
ULCERATĂ ȘI
ERITEMATĂ PE
TARSUSUL UNEI
PISICE

CAZUL 2. MASĂ ALOPECIFICĂ, ULCERATĂ ȘI ERITEMATĂ PE TARSUSUL UNEI PISICE

RECENZIE

- Specie: felină
- Rasă: Păr scurt european comun
- Vârstă: 14 ani
- Sex: masculin
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

Acest caz este reprezentativ pentru o afecțiune relativ rară, dar agresivă la pisici, al cărei diagnostic poate fi complicat dacă nu sunt respectate toate etapele protocolului de diagnostic. Prin urmare, scopul prezentării acestui caz este de a descrie elementele clinice și de diagnostic cheie și de a analiza informațiile necesare pentru stabilirea unui diagnostic definitiv.

ANAMNEZĂ

Această pisică a fost consultată pentru evaluarea unei leziuni eritematoase, ulcerate, cu chelie, în vârstă de 45 de zile, pe tarsul membrului posterior stâng. Leziunea a început ca o placă, dar s-a răspândit în timp. Medicul veterinar care a trimis pisica a suspectat o infecție bacteriană. Tratamentul inițial a constat în administrarea de antibiotice (amoxicilină-acid clavulanic) timp de 14 zile, în doză de 20 mg/kg, pe cale orală, de două ori pe zi, și aplicarea unui **spray cu clorhexidină 4%**. Nu s-a observat nicio ameliorare clinică. Proprietarul a raportat, de asemenea, că animalul a slăbit și a schiopătat în ultimele zile.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

La examinarea inițială, pacientul a raportat durere la palparea membrului afectat. De asemenea, s-au observat mărirea ganglionilor limfatici poplitei, un scor scăzut al stării corporale (4/9) și detresă respiratorie (dispnee).

EXAMEN DERMATOLOGIC

S-a observat o leziune eritematoasă, ulcerată și alopecică, asemănătoare unei plăci, care se extindea lateral, împreună cu o masă ulcerată medial și ventral față de tarsul membrului posterior stâng (Fig. 1a și, respectiv, Fig. 1c). Leziunile se prezentau cu exudat și cruste.

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor, istoricului și constatărilor clinice ale animalului, se ia în considerare următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Procese neoplazice: mastocitom, limfom cutanat și/sau neoplasm cu celule plasmactice.
- Boli infecțioase: infecții de origine virală, bacteriană, fungică și/sau micobacteriană.
- Granulom eozinofil ca model de reacție cutanată (vezi Tabelul 1).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Citologie cutanată: Masele cutanate și subcutanate sunt de obicei ușor accesibile pentru aspirație cu ac fin și examinare citologică ulterioară a probei. Acest test este un instrument puternic pentru studierea acestor leziuni. În acest caz, probele au fost colectate prin aspirație cu ac fin și au fost prelevate mai multe probe citologice de apozitie de sub o crustă.
- Ganglionul limfatic popliteal stâng a fost, de asemenea, supus puncției-punct cu ac fin pentru citologie ulterioară.





Figura 1. Aspectul membrului posterior stâng (ac).

Se observă o placă eritematoasă, ulcerată și alopecică care se extinde lateral, precum și o masă care se extinde ventral de-a lungul membrului posterior stâng (tars și zona adiacentă).

- Cultură bacteriană, antibiogramă și cultură fungică.

REZULTATE

- Citologie cutanată: s-a observat inflamație neutrofilică cu neutrofile degenerate și prezența cocilor atât intracelular, cât și extracelular, pe lângă celule rotunde dispersate cu citoplasmă bazofilă.
- Citologie prin aspirație a ganglionilor limfatici: proba conținea celule abundente, majoritatea fiind celule rotunde de dimensiuni medii spre mari, cu nucleu rotund sau ovali excentrici și cromatină fin aglomerată, nucleoli mai mult sau mai puțin proeminenți și - cantități reduse până la moderate de citoplasmă bazofilă. Ocazional au fost identificate figuri mitotice. Pe fundalul probei s-au observat limfocite mici, posibil corespunzătoare populației reziduale normale a ganglionului limfatic în sine (Fig. 2).

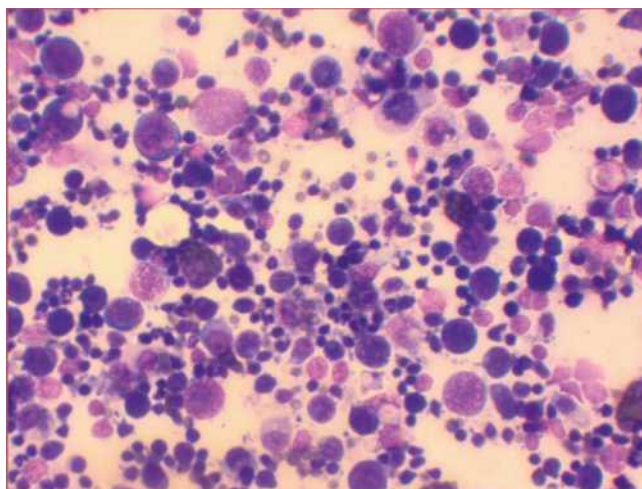


Figura 2. Citologia ganglionilor limfatici. Se observă prezența celulelor rotunde, de dimensiuni medii sau mari, cu nucleu excentric, rotund sau oval, cromatină fin aglomerată și nucleoli proeminenți (100x). Având în vedere că pacientul prezenta slăbiciune și era de vârstă înaintată, s-a decis completarea examenului clinic cu următoarele teste:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.
- Teste de detectare a virusului leucemiei feline (FeLV) și virusul imunodeficienței feline (FIV).
- Radiografie toracică și abdominală.
- Ecografie.
- Aspirație de măduvă osoasă.
- Evaluarea histologică sau citologică a diferitelor organe folosind tehnici imunohistochimice.

CASO 2. MASA ALOPÉCICA, ULCERADA Y ERITEMATOSA EN EL TARSO DE UN CATO

- Analize de sânge și urină: pisica a prezentat anemie (hematocrit [Hct] < 30%; interval de referință: 28,2-52,7%). Toți ceilalți parametri au fost normali. Testele de diagnostic pentru FeLV sau FIV au fost negative.
- Diagnostic imagistic: Ecografia abdominală a relevat enteropatie multifocală, limfadenopatie mezenterică și boală hepatică multifocală (Fig. 3a), în timp ce radiografia toracică a evidențiat un model bronhointerstițial compatibil cu consecințele bronșitei cronice feline (Fig. 3b). S-a efectuat o puncție-punct cu ac fin ghidată ecografic a ficatului și a ganglionilor limfatici mezenterici; în probă s-au observat celule suspecte, posibil neoplazice, în așteptarea confirmării prin examen histologic. Ca parte a protocolului general de diagnostic, s-a efectuat o puncție-punct de măduvă osoasă, fără a se constata semne de limfom.
- Histopatologie: Probele de piele au prezentat o epidermă sever ulcerată, adesea înlocuită de material necrotic abundent. Dermul a fost infiltrat difuz de o populație de celule limfoide mari cu citoplasmă limpede și nucleu neregulat, uneori conținând un nucleol mare. Numeroase celule atipice aflate în mitoză au fost observate, de asemenea, distribuite în populația de celule normale. Aceste constatări au fost compatibile cu un limfom cutanat non-epitelial-tropic (Fig. 4ac). Colorația PAS a fost negativă (Fig. 4d). Analiza imunohistochimică a determinat că este vorba de un limfom cu celule B (CD79a).
- În probă au fost identificate bacterii din genul *Staphylococcus* spp., sensibile la mai multe antibiotice; cultura fungică a fost negativă.

Toate aceste constatări au fost în concordanță cu diagnosticul final de limfom cutanat cu celule B al tarsului.



TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

A fost inițiată o cură de corticosteroizi. Cu toate acestea, starea pisicii s-a deteriorat rapid, cu vărsături și pierdere progresivă în greutate. În cele din urmă, s-a decis eutanasia ei după 15 zile.

CONSIDERAȚII

Tabloul clinic al acestui caz poate părea oarecum atipic medicilor veterinari specializați în dermatologie, care nu sunt întotdeauna familiarizați cu procesele neoplazice. Cu toate acestea, deși localizarea leziunilor în acest caz a sugerat deja diagnosticul, este necesar să se respecte toți pașii protocolului de diagnostic, mai ales dacă este vorba de stadii incipiente ale bolii. Chiar și așa, aceste tipuri de cazuri pot fi complexe de diagnosticat.

Clasificarea actuală a limfoamelor la om, realizată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), descrie un limfom cutanat primar cu celule B, cu o predilecție deosebită pentru extremitățile inferioare. Acesta afectează în principal pacienții vârstnici și, deși agenții cauzali nu au fost încă determinați, se crede că este un răspuns limfoproliferativ la un stimul antigenic la nivelul pielii. Cu toate acestea, în ciuda...



Figura 3. Ecografia abdominală și radiografia toracică. Limfadenopatia mezenterică (a) și boala pulmonară bronhointerstițială difuză (b).

CASO 2. MASA ALOPÉCICA, ULCERADA Y ERITEMATOSA EN EL TARSO DE UN CATO

Studiile efectuate pe pisici pentru a încerca să explice modelul comportamental al acestui tip de tumoră și motivul localizării sale tarsale nu au găsit nicio corelație care să ofere vreo lumină asupra

În orice caz, se recomandă un examen general

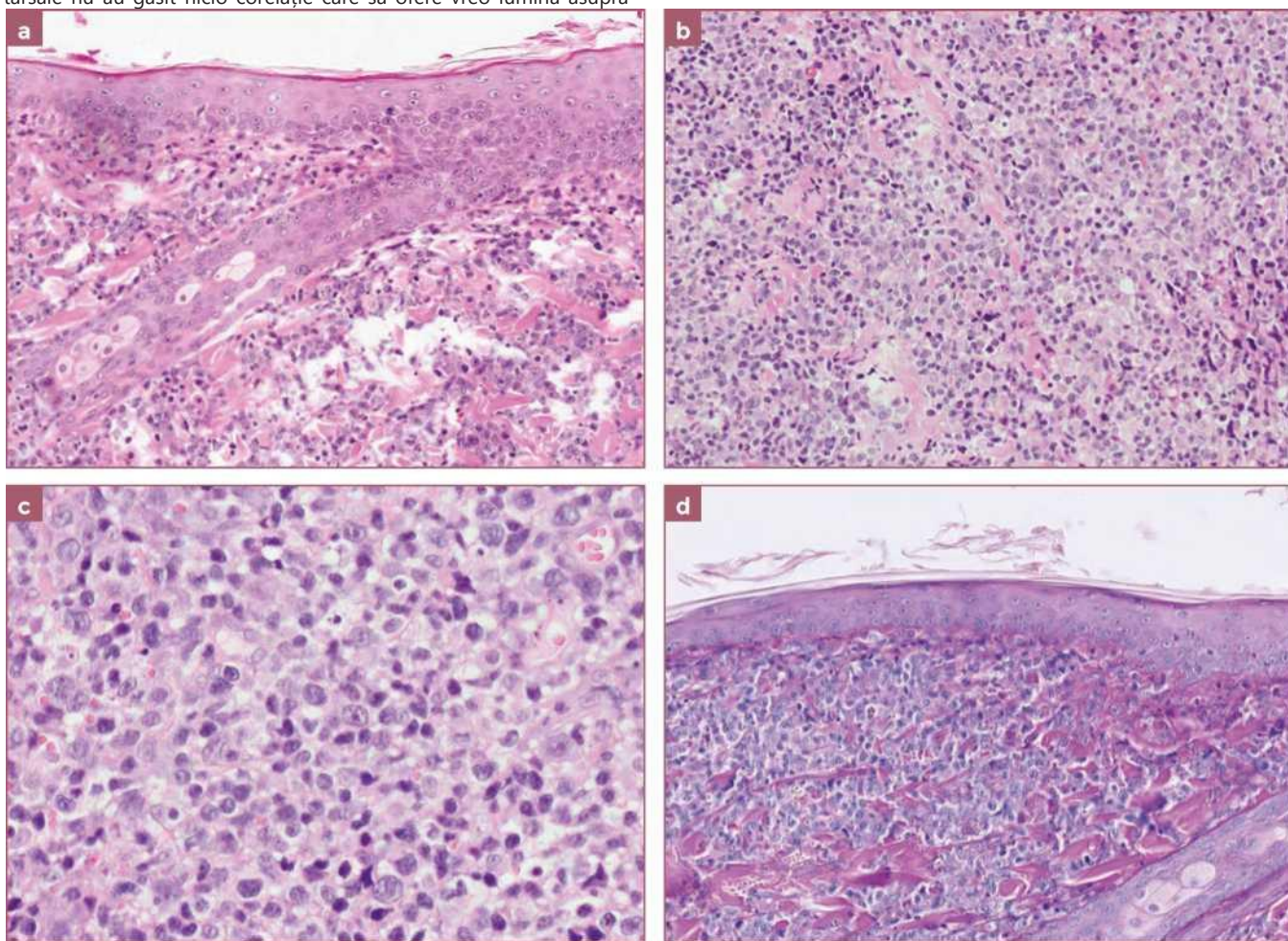


Figura 4. Hallazgos dermatopatológicos. Tinción hematoxilina-eosina (H&E). La dermis presenta un infiltrado difuso de células linfoides de gran tamaño (20x [a]; 40x [b y c]). Las tinciones de PAS fueron negativas (20x [d]). Imagen cortesía del Dr. R. Bergottini - IDEXX Italia.

acestei chestiuni.

La momentul diagnosticului s-a confirmat existența metastazelor, inclusiv în ganglionul limfatic popliteu asociat.

obiectiv, prelevarea de probe ale ganglionilor limfatici asociați leziunii și determinarea stadiului clinic.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Localizarea și tipul leziunilor, precum și vârsta pacientului, indică un proces neoplazic.

LIMFOM CUTANAT CU CELULE B ÎN TARSUS

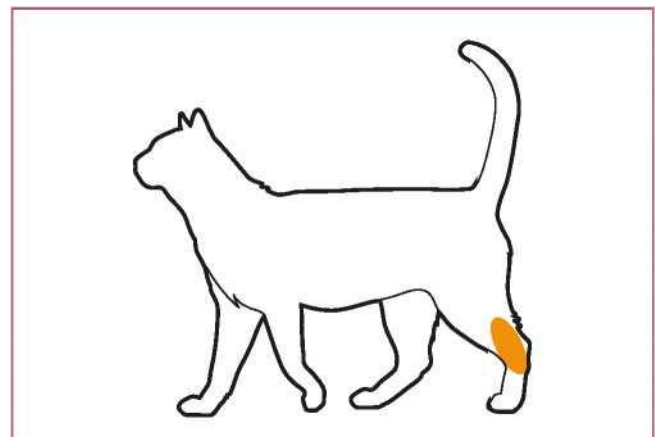
SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Limfomul este unul dintre cele mai frecvente procese limfoproliferative la pisici, deși forma cutanată a fost descrisă în foarte puține ocazii.

În urma examinării histologice, limfoamele cutanate pot fi clasificate ca epiteliotrope (în general cu fenotip de celule T) sau non-epiteliotrope (cu fenotip de celule T sau B). Diferențierea clinică dintre aceste două forme poate fi foarte complexă. Atât în limfomul epiteliotrop, cât și în cel non-epiteliotrop, leziunile constau în zone focale sau multifocale de alopecie cu descumare, ulcere nevindecătoare, noduli sau plăci eritematoase similare cu cele observate în dermatita eozinofilă. Cu toate acestea, limfomul cutanat al tarsului la pisici este o manifestare rară, descrisă de obicei ca o masă subcutanată cu predilecție pentru regiunea tarsală (Fig. 5). Cel mai adesea, este un limfom non-epiteliotrop de grad înalt, cu fenotip de celule B. Acesta este un limfom agresiv pentru care în prezent nu există un tratament standard la pisici.

Figura 5. Limfomul cutanat tarsal felin este o manifestare mai puțin frecventă a acestei boli, descrisă de obicei ca o masă subcutanată cu predilecție pentru regiunea tarsală. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

opțiunile pentru stabilirea unui tratament eficient. De fapt, nu au fost publicate suficiente cazuri pentru a documenta ratele de răspuns și/sau ratele de supraviețuire cu un protocol de tratament specific. Cu toate acestea, se pare că administrarea de lizat placentar, fibronectină sau corticosteroizi în monoterapie, precum și luarea în considerare a chimioterapiei, radioterapiei sau intervenției chirurgicale, ar fi pașii potriviți. Fără îndoială, în aceste tipuri de cazuri, ar trebui luată în considerare o abordare terapeutică multimodală pentru a crește eficacitatea.



TRATAMENT

În prezent, numărul limitat de cazuri raportate restricționează

Tabelul 1. Granulom liniar (complex granulomat eozinofil)

El complejo granuloma eosinofílico felino es frecuente en dermatología veterinaria. Designa un grupo de lesiones que afectan a la piel, cavidad oral y uniones mucocutáneas de la especie felina, y que pueden ser similares a otros procesos víricos, bacterianos o fúngicos. Las lesiones típicas incluyen placas eosinofílicas, granulomas eosinofílicos y úlceras indolentes (también llamadas úlceras eosinofílicas o úlceras roedoras). Típicamente, el granuloma eosinofílico es una lesión prominente en el labio inferior o la barbilla, o bien una lesión larga y estrecha en la parte posterior del muslo (ver imagen en el cuadro 1). Las tres lesiones comparten un origen inflamatorio y en su patogenia interviene la acumulación de eosinófilos en el tejido cutáneo. Sin embargo, existe una forma más grave recientemente descrita que no se ajusta a los cuadros clínicos mencionados y que consiste en la aparición de úlceras profun-



Se găsesc atât pe tars, cât și pe membrele posterioare. Unele leziuni pot fi confundate cu alte modificări ale pielii, așadar studiul histopatologic al probelor de piele este important pentru diagnostic.

1"Z CAZ 3

ABORDARE
DIAGNOSTICUL PRIN
DERMOSCOPIE AL UNUI CAZ DE
ALOPECIE MULTIFOCALĂ LA UN
CÂINE

CAZUL 3. ABORDARE DIAGNOSTICĂ PRIN DERMOSCOPIE ÎNTR-UN CAZ DE ALOPECIE MULTIFOCALĂ LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Cavalier King Charles Spaniel
- Vârstă: 5,5 ani
- Sex: femelă sterilizată
- Stil de viață: Interior

INTRODUCERE

Acest caz implică o afecțiune cosmetică rară care afectează foliculii de păr. Diagnosticul definitiv este stabilit pe baza modelului caracteristic de cădere a părului și a constatărilor histopatologice. Recent, dermatoscopia a fost propusă ca un instrument complementar foarte util în dermatologia veterinară, în special în anumite afecțiuni și, în acest caz specific, în evaluarea caracteristicilor morfologice ale părului.

ANAMNEZĂ

Acest câine a prezentat alopecie progresivă timp de 10 luni. Aceasta a început în regiunea temporală, doar pe o parte a capului, și a crescut treptat simetric în ambele zone temporale și în partea ventrală a gâtului. Pacienta fusese tratată de stăpânii săi cu antibiotice (tip și doză necunoscute), după care a fost inițiat un tratament inițial cu itraconazol în doză de 5 mg/kg, o dată pe zi. În ambele cazuri, durata tratamentului a fost de 15 zile. La momentul respectiv, s-a suspectat piodermie, respectiv dermatofitoză. Cu cincisprezece zile înainte de vizita pacientei, s-au efectuat o hemoleucogramă completă, un profil biochimic și un panel de hormoni tiroidieni, în special tiroxină totală (T4) și hormon stimulator tiroidian (TSH). Toate valorile au fost normale. Leziunile nu au fost pruriginoase. Pe lângă tratamentul menționat anterior, pacienta a primit și un antiparazitar (izoxazolină) la intervale de 4 săptămâni după debutul alopeciei.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Nu au fost detectate anomalii.

EXAMEN DERMATOLOGIC

În regiunea temporală au fost observate mai multe zone circulare, simetrice, bine definite, de alopecie completă, afectând zonele cu păr negru (Fig. 1a și b). În centrul acestor zone de alopecie au fost detectate fire de păr albe. La nivelul *ostiilor foliculare* s-a observat o *descuamare ușoară până la moderată*. Descuamarea a fost, de asemenea, prezentă și mai intensă în zona de alopecie de pe partea ventrală a gâtului.

Diagnostic diferențial

Pe baza constatărilor clinice, se ia în considerare următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Foliculită mediată imun (inclusiv *alopecia areata*), având în vedere zonele alopecice bine delimitate și simetrice, fără modificări sistemice.
- Demodecie și dermatofitoză.
- Deși mai puțin probabilă, displazia foliculară, limitată în acest caz la anumite zone ale corpului (zone cu păr negru) (vezi tabelul 1).

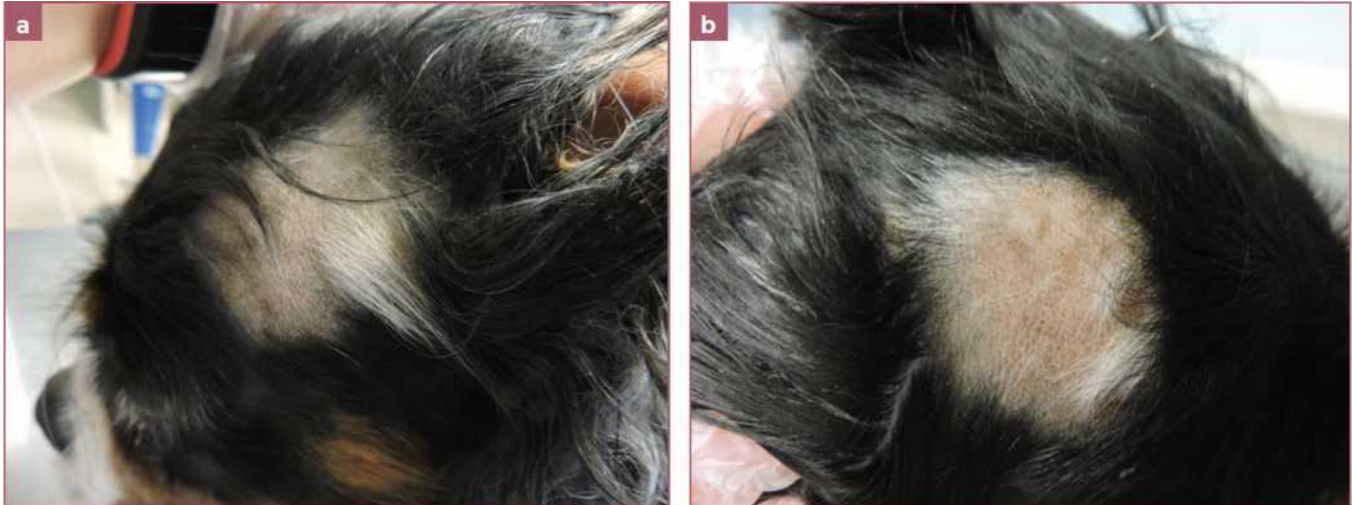


Figura 1. Femelă Cavalier King Charles Spaniel cu pete alopecice simetrice în regiunea temporală (ayb). Alopecia totală afectează firele de păr negre.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea cu lămpi Wood.
- Examinarea microscopică a părului.
- Zgârieturi ale pielii.
- Dermoscopie.
- Cultivarea fungilor.

Además, se realizó otra prueba adicional:

- Histología cutánea de zonas completamente alopecicas.

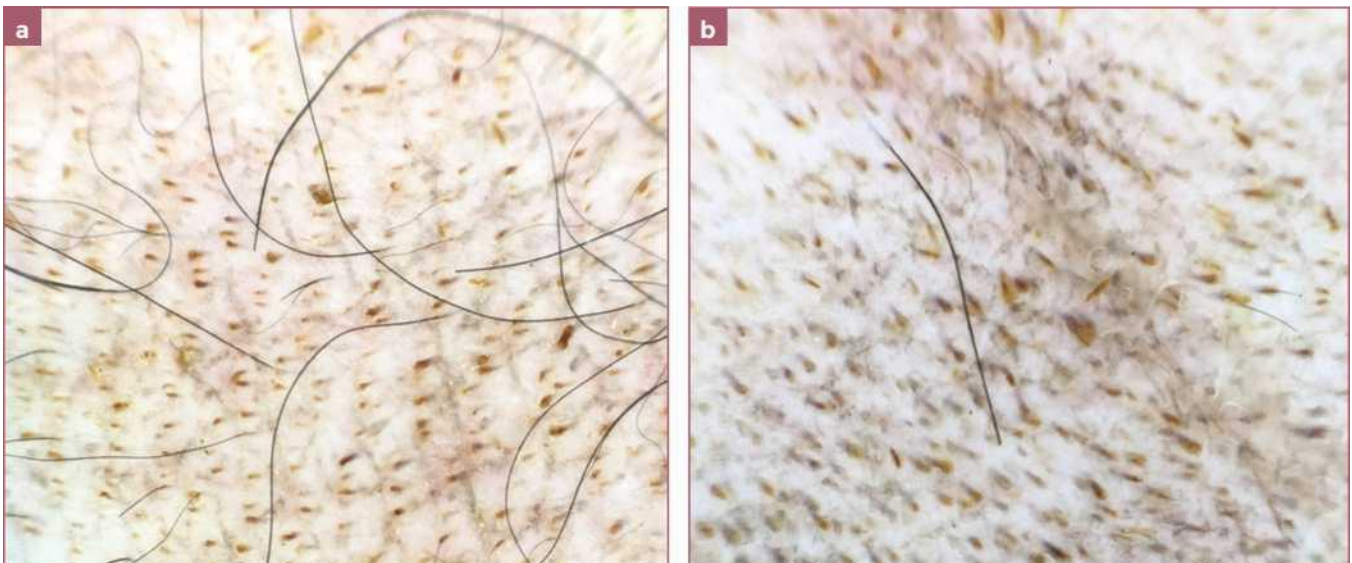


Figura 2. Constatări dermatologice. Prezența firelor de păr fine, scurte și a petelor galben-brune care astupă infundibulul folicular (20x; ayb).

REZULTATE

- Observația cu lampa Wood a fost negativă.
- Examinarea microscopică a firelor de păr prelevate din fondul genetic al leziunilor alopecice circulare nu a relevat nicio modificare.
- Rasuratele de piele au fost, de asemenea, negative.
- Dermoscopie: Au fost detectate modificări specifice la nivelul orificiilor foliculare și al tijei firului de păr. Mai exact, proba a prezentat fire de păr scurte și fine, intercalate cu fire de păr mai lungi și fine, care ieșeau din *ostiul* folicular. De asemenea, a fost observată prezența unui material brun-gălbui care blochează infundibulul (Fig. 2a și 2b).
- Cultura fungică a fost negativă.
- Studiu anatomopatologic al probelor de piele: hiperkeratoză ortokeratotică și hiperplazie epidermică ușoară. Numărul de foliculi a fost mai mic decât în mod normal, adesea cu forme

neregulate (dimorfism), iar aceștia erau înconjurați de fibroză perifoliculară. Majoritatea foliculilor se aflau în faza telogenă sau erau goi după căderea părului telogen (stare kenogenă). În straturile mai profunde ale dermului s-a identificat un infiltrat inflamator nodular multifocal.

de macrofage activate și limfocite mature mici. În plus, în probă au fost observate și unele keratinocite intens pigmentate (bulită granulomatoasă) (Fig. 3a și b).

Toate aceste constatări au fost în concordanță cu o bulită granulomatoasă difuză, cronică, moderată, asociată cu displazie și atrofie foliculară. Acest lucru a confirmat suspiciunea unei *boli asemănătoare alopeciei areata granulomatoase (AA)*.

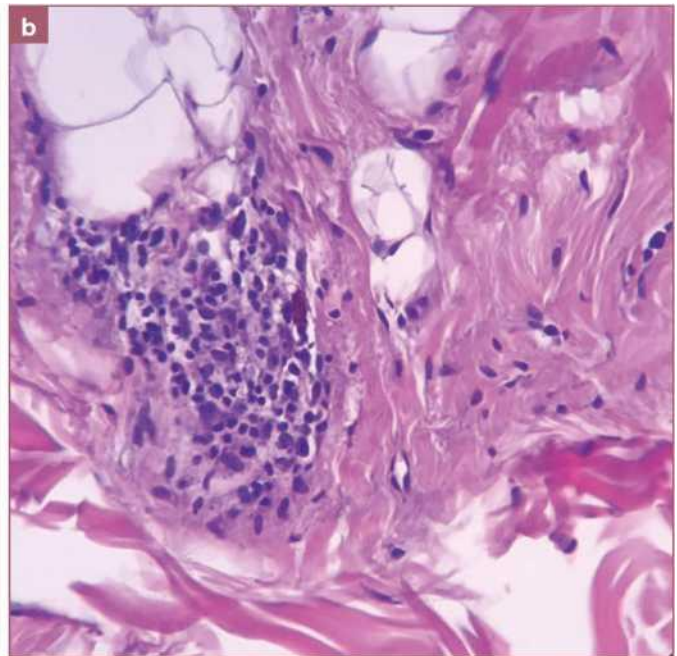
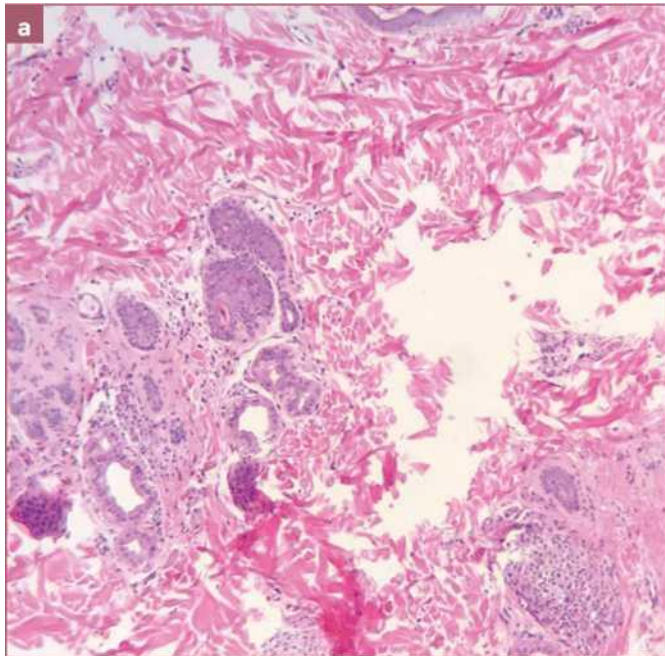


Figura 3. Hallazgos dermatopatológicos (de zonas de alopecia total). Tinción hematoxilina-eosina (H&E). Tanto a bajos aumentos como a altos aumentos (20x-40x), se distingue la inflamación de los bulbos pilosos en fase anágena (los bulbos presentan un infiltrado linfocítico) (a y b). Imágenes cortesía de la Dra. P Roccabianca (Universidad de Veterinaria de Milán, Italia).

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Tratamentul a constat în ciclosporină administrată oral în doză de 5 mg/kg, o dată pe zi, timp de două luni, dar, deoarece nu s-a observat nicio îmbunătățire, tratamentul a fost întrerupt. La șapte luni de la oprirea tratamentului, câinele a început să se amelioreze lent și spontan. Mai multe fire de păr fine au început să crească în centrul zonelor cu chelie.

CONSIDERAȚII

Alopecia *areata* (AA) este o cauză rară de cădere a părului la câini și alte mamifere. Prevalența sa variază din cauza diferențelor în metodele de diagnostic și/sau a cazurilor care se rezolvă spontan. Există asemănări între AA umană și cea veterinară în ceea ce privește tabloul clinic, caracteristicile microscopice și imunitatea celulară sau umorală care se dezvoltă în cadrul bolii. Cu toate acestea, unele constatări observate la oameni nu au fost confirmate la animale. Acestea sunt caracteristicile comune între AA umană și non - *umană* :

- Alopecie neuniformă, de preferință în zonele cu păr pigmentat.
- Histologic, în majoritatea cazurilor există un infiltrat mononuclear prezent în bulbul pilos al firelor de păr în faza anagenă.
- Creșterea spontană a părului.
- Depistarea caracteristicilor specifice în examinarea microscopică a părului.

DERMOSCOPIE ȘI TRICOSCOPIE

Dermoscopia este utilizată din ce în ce mai recent, deoarece este considerată o tehnică rapidă, ușor de efectuat și neinvazivă, care permite evaluarea *in vivo* a celor mai subtile detalii ale epidermei. Trichoscopia (dermoscopia scalpului) permite observarea modelelor foliculare și interfoliculare, precum și a altor detalii ale părului care nu sunt vizibile cu ochiul liber. La om, cele mai frecvente constatări în trichoscopia includ:

- Pete galbene care corespund infundibulei foliculare umplute cu sebum și resturi de keratină.
- Puncte negre care corespund unor rămășițe de tulpini de păr din interiorul *ostiului folicular*.
- Fire despicate din cauza fracturării tijelor de păr distrofice sau a creșterii rapide a unor fire de păr noi.

- Firele de păr în formă de semn de exclamare, denumite astfel deoarece seamănă cu semnul de punctuație. Acestea sunt fire de păr mici, cu diametru mai mare și mai închise la culoare la capătul distal și mai fine și mai deschise la bază.

Aceste constatări ale tricoscopiei depind de stadiul și severitatea bolii. În general, punctele negre și firele de păr cu semnul exclamării observate în timpul tricoscopiei se corelează cu activitatea bolii, în timp ce punctele galbene sunt observate în toate stadiile și se corelează cu severitatea bolii.

La câini, firele de păr în formă de semn de exclamare sunt considerate o observație frecventă în cazurile de alopecie asemănătoare AA. Cu toate acestea, în acest caz, dermatoscopia nu a relevat anomalii majore, ci doar prezența unor fire de păr scurte, fine, în creștere, și a unor pete brun-gălbui, așa cum s-a descris și recent. Aceasta înseamnă că rezultatele trihoscopiei au indicat doar anomalii nespecifice de creștere a părului.

Depistarea clinică și diagnosticul morfologic al AA-like sunt complicate, dar constatările histologice rămân standardul de aur pentru confirmarea diagnosticului.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Semnele clinice includ alopecie multifocală bine definită, cu zone cu cădere totală a părului. Leziunile de pe față sunt de obicei bilaterale și simetrice, afectând de obicei zonele cu păr închis la culoare, dar păstrând zonele cu păr alb. Acești indicatori pot fi foarte utili medicului veterinar, care va confirma diagnosticul prin teste suplimentare, cum ar fi examinarea histopatologică a probelor de piele.

Alopecia areata (AA)-similară

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Alopecia areata, **asemănătoare alopeciei areata** la câini, este o boală omoloagă cu **alopecia areata** la oameni. Prevalența nu pare să depindă de sexul, vârsta sau rasa animalului. Cu toate acestea, a fost raportată o predispoziție mai mare la Ciobănescul German, Teckelul și Labradorul Retriever. Leziunile constau în pete bine definite de cădere a părului, de obicei cu margini ascuțite. Părul normal crește în jurul periferiei leziunii. Aceste pete apar frecvent pe față (bot, frunte, zona perioculară, pavilionul urechii) și în zonele cu blană maro închis sau neagră (Fig. 4). Deși mai puțin frecvente, leziunile pot apărea și pe membre.

În ciuda puținelor cazuri descrise la câini, relația dintre această boală și statusul imunitar a fost studiată. Ca și la oameni, se crede că AA-likre canin **are** o origine autoimună mediată de limfocitele T. Un agent declanșator încă necunoscut ar provoca un atac limfocitar autoimun îndreptat împotriva bulbului pilos, ducând la perturbarea creșterii părului și la o cădere anormală a părului (descrișă ca fire de păr distrofice în faza anagenă, cu un diametru mai mare distal și un diametru mai mic proximal). La oameni, cea mai caracteristică caracteristică histopatologică în faza acută a AA este prezența unui infiltrat descris ca având un aspect de „fagure de miere”. Acesta este un infiltrat limfocitar dens situat în interiorul și în jurul bulbului pilos și/sau în partea inferioară a foliculului pilos. Acest infiltrat este compus din limfocite CD4+ și CD8+. Când boala este activă clinic, raportul CD4+/CD8+ este ridicat. La nivel ultrastructural, s-a demonstrat că melanocitele din bulbul pilos sunt afectate chiar înainte de a putea fi detectate modificări morfologice ale keratinocitelor. Ca și la oameni, alopecia areata (AA) la câini a fost asociată și cu anticorpi IgG circulanți care reacționează împotriva diversilor compuși din foliculii de păr în timpul fazei anagene. Este demn de remarcat faptul că, conform studiilor, acești anticorpi vizează cel mai frecvent zona în care are loc diferențierea melanocit-keratinocit (precortex). Prin urmare, factorii umorali pot perturba această diferențiere și pot afecta și mai mult formarea firului de păr.

TRATAMENT

Ca și în medicina umană, regenerarea spontană a părului este frecventă. În cazurile refractare, terapia imunosupresoare cu corticosteroizi sau ciclosporină poate ajuta la stimularea creșterii părului. La om, părul regenerat este de obicei alb, ceea ce indică faptul că melanocitele din bulbul pilos sunt afectate.

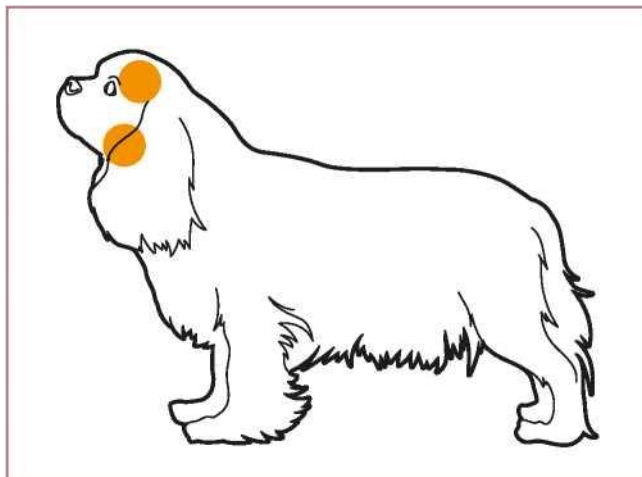


Figura 4. Leziunile *asemănătoare alopeciei areata (AA)* constau din zone de chelie bine definite, de obicei cu margini ascuțite. Părul normal crește la periferia leziunii. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

Tabelul 1. Căderea părului în zonele pigmentate în displazia foliculară a blănii negre

Displazia foliculară cu blană neagră la câini este considerată o boală autosomal recesivă rară, care afectează câinii bicolori sau tricolori în primele săptămâni de viață. Se crede că este cauzată de o tulburare a transportului melanozomilor în melanocite, rezultând în perturbarea unității pigmentare. Această boală este caracterizată prin alopecie în zonele corpului cu păr negru. Examinarea microscopică a firelor de păr smulse relevă o distribuție anormală și eterogenă a melaninei. Agregatele de melanină au formă neregulată și sunt distribuite eterogen de-a lungul tijei firului de păr; cuticula este absentă sau fracturată peste acumulările de pigment. Histologic, displazia foliculară cu blană neagră este caracterizată prin:

- Alterarea arhitecturii bulbului de păr în foliculii de păr în faza anagenă datorită acumulării intracelulare de melanină în matricea bulbului.
- Prezența agregatelor de melanină în epiteliul folicular.
- Prezența celulelor fagocitare cu o cantitate mare de melanină (melanomacrofage) în derm, în jurul bulbilor de păr.

Modificările blănii cauzate de această boală sunt de obicei permanente. Deoarece este doar o problemă estetică, tratamentul nu este de obicei indicat (fig. 5a și b).

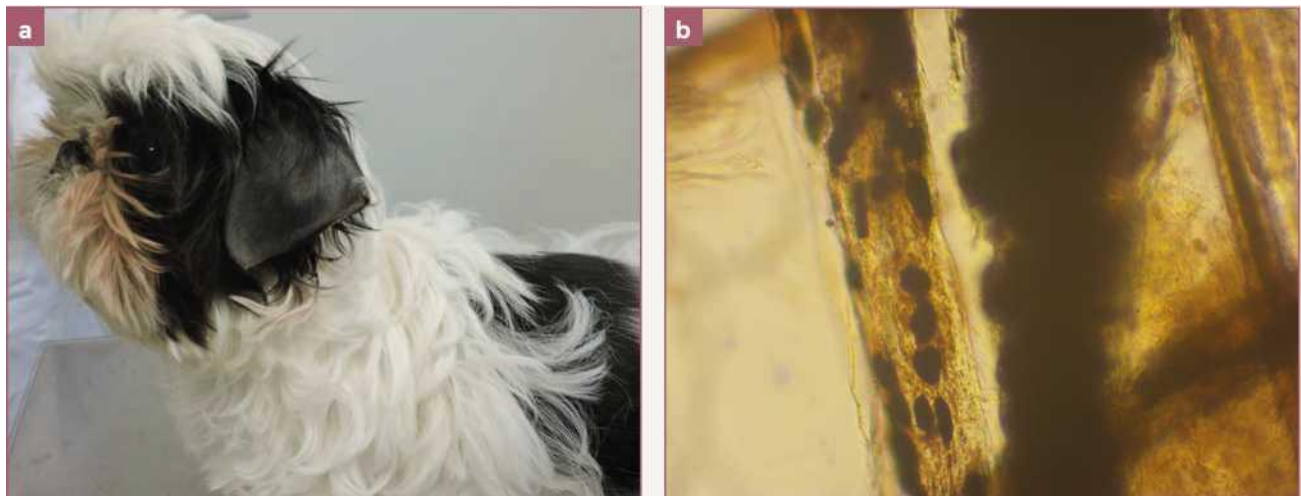
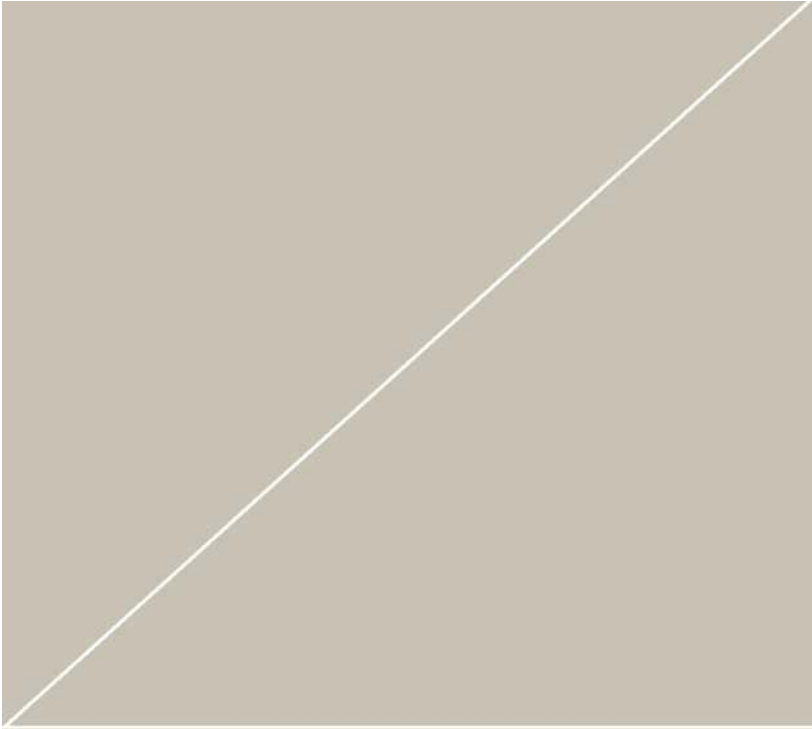


Figura 5. Câine afectat de displazie foliculară a blănii negre. Alopecia se dezvoltă doar în zonele cu păr închis la culoare (a). Se observă acumulări de melanină de-a lungul tijei firului de păr (examinare microscopică a părului la 4x) (b).



CASO 4

DERMATITĂ ULCERATIVĂ LA UN CÂINE

CAZUL 4. DERMATITĂ ULCERATIVĂ LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Pinscher miniatural
- Vârstă: 18 luni
- Sex: masculin
- Stil de viață: Interior/Exterior

INTRODUCERE

Acest caz își propune să ilustreze dificultățile care pot apărea la un pacient cu mai multe boli concomitente. Determinarea bolii care produce semnele clinice sau chiar dacă un semn clinic este reprezentativ pentru o anumită boală nu este întotdeauna o sarcină simplă. Pot fi necesare strategii diferite în funcție de situație.

ANAMNEZĂ

Proprietarii au adus câinele la o consultație deoarece își lingea și mușca pernutele lăbuțelor din față și din spate timp de șase luni. Drept urmare, își pierduse chiar și o gheară și o parte dintr-un deget de la picior. Pentru a preveni autovătămarea, i s-a pus un guler elizabetan și s-a început tratamentul cu corticosteroizi, dar mâncărimea nu a dispărut complet. Ulcerele s-au vindecat în cele din urmă după terapia cu antibiotice, deși cu cicatrici patologice. În ciuda tratamentului cu antibiotice și a împiedicării câinelui să se lingă, un ulcer la membrul posterior stâng și un altul la un deget de la picior al membrului anterior drept nu s-au vindecat în două luni. Cu paisprezece zile înainte de prima consultație, a fost inițiat tratamentul cu cefalexină sistemică, la o doză de 30 mg/kg de două ori pe zi. Luna precedentă, pacientul a finalizat un tratament de 21 de zile cu amoxicilină-acid clavulanic, la o doză de 20 mg/kg.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Ganglionii limfatici submandibulari, prescapulari și poplitei erau măriți. De asemenea, s-a suspectat un deficit în percepția durerii, așa că s-a solicitat o evaluare neurologică cu un specialist. S-a detectat o scădere a răspunsului la stimulii dureroși la toate cele patru extremități la ciupire și înțepare.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Au fost observate două plăci ulcerate:

- Prima leziune a fost localizată pe partea laterală a extremității posterioare drepte, în toată regiunea metatarsiană (Fig. 1).
- A doua leziune a fost pe partea laterală a degetului al doilea al membrului anterior drept (Fig. 2).

Unghiile membrului anterior stâng erau distrofice și foarte groase din cauza vindecării rănilor produse prin autovătămare (fig. 3).



Figura 1. Placa alopécica y ulcerada en la región metatarsiana de la extremidad anterior derecha.



Figura 2. Placa alopécica y ulcerada en la región metatarsal y de las falanges de la extremidad posterior derecha.



Figura 3. Uñas distróficas y engrosadas en los dedos de la extremidad delantera izquierda.

Diagnostic diferențial

Pe baza analizei, a istoricului medical și a constatărilor clinice, sindromul de mutilare acrală a fost considerat cel mai probabil diagnostic. Cu toate acestea, acest lucru nu a explicat de ce rănilile nu s-au vindecat, în ciuda faptului că au împiedicat animalul să se auto-provoace alte răni. Prin urmare, s-a suspectat că, pe lângă probabilul sindrom de mutilare acrală, era prezent și un proces infecțios. Agenții etiologici cei mai probabili au fost:

- Bacterii, posibil o tulpină rezistentă la meticilină sau o tulpină multirezistentă la medicamente (vezi Tabelul 1).
- *Leishmania* spp. (vezi tabelul 2).
- Ciupercă.
- Micobacterii.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Amprentă directă și aspirație cu ac fin a leziunilor cutanate și a ganglionului limfatic popliteu drept.
- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.
- Test de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania* spp.

În plus, au fost prelevate probe de piele pentru a efectua o cultură bacteriană, o antibiogramă și un studiu histopatologic.

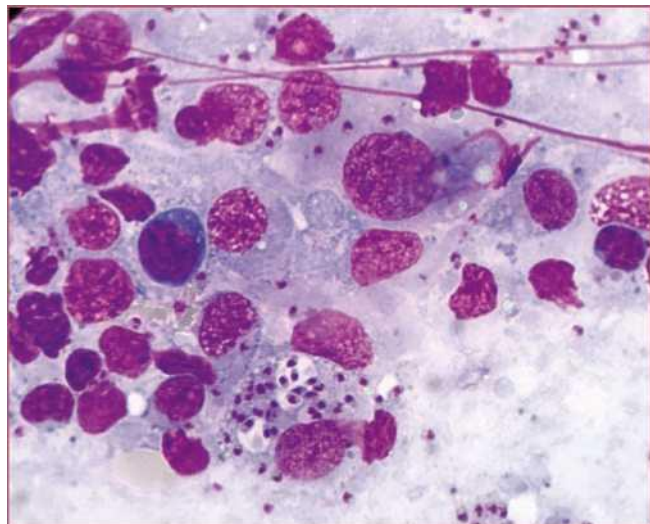


Figura 4. Citologia unui ganglion limfatic. Prezența limfocitelor, plasmocitelor și macrofagelor cu numeroase *amastigote de Leishmania*, atât extracitoplasmatic, cât și intracitoplasmatic.

REZULTATE

- Citologia probei de piele a arătat o predominanță a neutrofilelor cu un număr mare de coci atât intracitoplasmatici, cât și extracitoplasmatici. Au fost observate și alte celule inflamatorii, cum ar fi macrofage, plasmocite și limfocite. Citologia ganglionilor

limfatici a relevat limfadenită piogranulomatoasă, cu prezența a numeroase amastigote *de Leishmania* (Fig. 4).

- Hematologia, profilul biochimic și analiza urinei au fost normale. Titrul de anticorpi *anti-Leishmania* a fost de 1:240, cu o valoare limită de 1:80. Raportul proteină urinară/creatinină (UPC) a fost verificat și s-a efectuat electroforeza proteinelor serice. S-a detectat proteinurie ușoară, cu un raport UPC de 0,35 (interval de referință: < 0,2 = normal; > 0,5 = proteinurie). Rezultatele electroforezei proteinelor au fost normale, cu excepția unei ușoare creșteri (23%) a globulinei A2 (interval de referință: 9-17%).
- Studiul histopatologic al probei de piele a evidențiat un infiltrat dermic superficial și intermediar, caracterizat prin inflamație perivasculară și interstițială. Infiltratul a fost compus în principal din neutrofile și limfocite, cu un număr mai mic de macrofage, plasmocite și câteva mastocite. În lumenul folicular s-au detectat coci abundenți, asociați cu foliculită luminală neutrofilică ușoară. În straturile mai profunde ale dermului, au existat mai multe focare necrotice confluențe și semne de vasculită (Fig. 5a și b).

Aceste constatări au fost în concordanță cu un proces inflamator nespecific asociat cu vasculită profundă primară sau secundară după necroză. *S. pseudintermedius*, sensibil la cele mai frecvent utilizate antibiotice, a fost izolat din culturi de țesuturi. Cultura fungică a fost negativă.

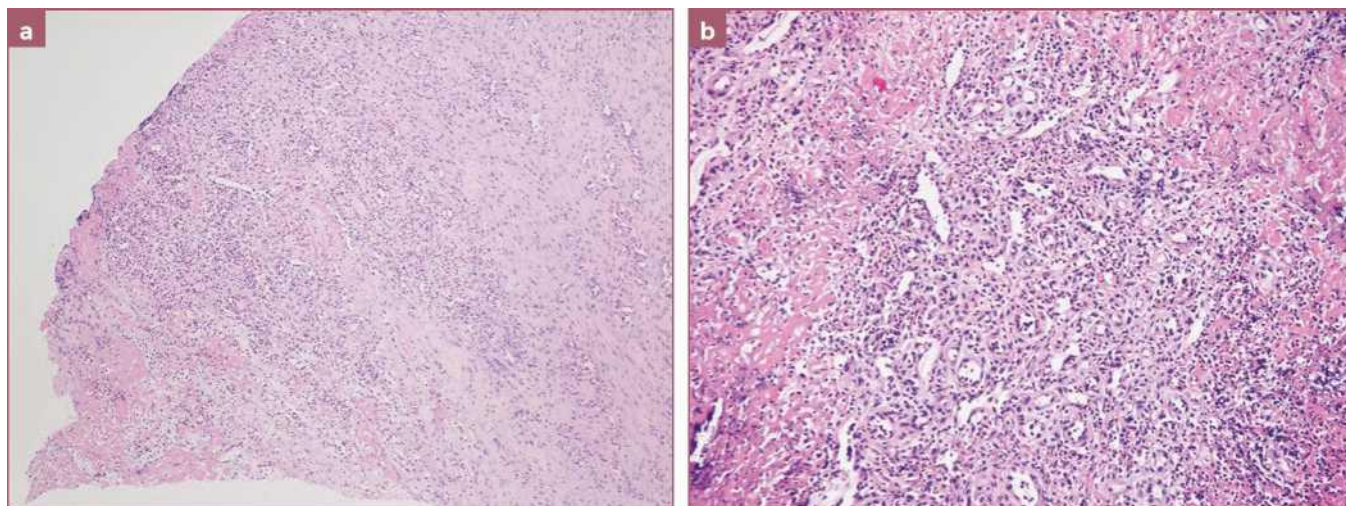


Figura 5. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină și eozină (H&E) (10x-20x). Infiltrat dermal superficial și intermediar caracterizat prin inflamație perivasculară și interstițială. Infiltratul a fost compus în principal din neutrofile și limfocite, cu un număr mai mic de plasmocite și puține mastocite (a și b). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

Toate datele susțin diagnosticul de sindrom de mutilare acrală și leishmanioză.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Tratamentul a fost inițiat cu miltefosină orală, în doză de 2 mg/kg, o dată pe zi, timp de 28 de zile, și cu alopurinol oral, în doză de 10 mg/kg de două ori pe zi, timp de minimum 12 luni. De asemenea, s-a început tratamentul cu gabapentină, în doză de 2 mg/kg, oral, o dată pe zi. S-au administrat suplimente de palmitoiletanolamidă (PEA) și quercetină pentru a gestiona neuropatia care cauzează mutilarea acrală. Instrucțiunile pentru proprietar au inclus îndepărtarea treptată a zgarzii elisabetane și observarea continuă a tratamentului animalului. După 14 zile, atât rana de pe tars, cât și rana de pe laba dreaptă s-au vindecat aproape complet. Cu toate acestea, câinele a continuat să lingă și

își mușca degetele și unghiile atunci când nu era sub supravegherea proprietarului. Din această cauză, a continuat să-și provoace unele excoriații (fig. 6).

După o lună, nu au mai existat semne de *Leishmanie* în ganglionul limfatic. La șase luni, toate valorile din hemoleucograma completă, profilul biochimic, analiza de urină, UPC și electroforeza proteinelor s-au încadrat în limite normale. În plus, s-a decis creșterea dozei de gabapentină la 10 mg/kg administrată oral, de două ori pe zi, dar nu s-a observat nicio îmbunătățire. Câinele a continuat să necesite zgarda elisabetană pentru a preveni linsul și mușcăturile membrelor.

CONSIDERAȚII

Leishmanioza canină este o boală sistemică ce provoacă numeroase semne clinice. Pe lângă cele mai frecvente semne sistemice cunoscute (atrofie musculară, cașexie, letargie, limfadenopatie), pot apărea și modificări cutanate, oculare și neurologice. În acest caz, și deși nu a fost niciodată descris, nu se poate exclude faptul că



Figura 6. Această imagine arată cum ulcerul din regiunea metatarsiană dreaptă s-a vindecat și se observă o nouă eroziune pe degetul de la picior din cauza linsului și mușcăturilor constante.

Leishmaniaza ar putea declanșa sau agrava sindromul de mutilare acrală. Ca și în cazul altor boli, cea mai bună modalitate de a determina dacă o anumită boală este responsabilă pentru semnele clinice ale unui pacient (și cum) este de a trata acea boală și de a vedea dacă există o ameliorare. Din păcate, în acest caz, leishmaniaza a fost motivul pentru care ulcerul nu se vindecau.

dar ea nu a fost implicată în sindromul de mutilare acrală.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

La rasele predispușe, un istoric de autolesiuni ale degetelor de la picioare și unghiilor, împreună cu prezența semnelor clinice, ar trebui să ridice suspiciunea sindromului de mutilare acrală. Rezultatele evaluării neurologice susțin diagnosticul.

SINDROMUL DE MUTILARE ACRALĂ

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Sindromul mutilării acrale (SMA) este o neuropatie senzorială moștenită, autosomal recesivă, descrisă la câini. Este cauzată de o mutație în regiunea de reglare a genei care codifică factorul neurotrofic derivat din celulele gliale (GDNF). Această mutație duce la o scădere semnificativă a expresiei ARNm a GDNF și GDNF-AS, rezultând moartea celulară și o reducere a numărului de neuroni senzoriali. Această boală a fost descrisă la următoarele rase: Brac german cu păr scurt, Springer Spaniel englez, Brac englez, Spaniel francez, Cocker Spaniel englez și Pinscher miniatural.

Semnele clinice apar de obicei la căteii cu vârsta cuprinsă între 3 și 12 luni. Câinii încep să muște și să-și lingă labele în mod persistent, de obicei cele din spate. În timp, aceste leziuni auto-provocate se inflamează și se ulcerează, ducând la paronichie, pierderea unghiilor, fracturi ale degetelor de la picioare și amputări. În ciuda leziunilor, animalul nu prezintă de obicei disconfort atunci când merge pe membrul afectat. Nu a fost descrisă nicio pierdere a propriocepției sau a disfuncției motorii sau autonome. Examenul clinic relevă o reacție redusă sau absentă la stimulii dureroși la nivelul membrului afectat. Caracteristicile, istoricul și semnele clinice ale animalului sunt de obicei suficiente pentru a stabili un diagnostic, dar confirmarea trebuie făcută prin examinarea histopatologică a țesutului nervos. În prezent, este disponibil și un test genetic care permite screening-ul la rasele predispuse și detectarea mutațiilor care afectează expresia genei GDNF.

TRATAMENT

În prezent, nu există un tratament eficient dovedit pentru SMA. Singura soluție este de a preveni autovătămarea și mutilarea animalului. Majoritatea câinilor afectați sunt în cele din urmă eutanasiați din cauza dificultății monitorizării continue. La rasele predispuse, trebuie efectuate teste genetice pentru a identifica purtătorii și a regla reproducerea. Purtătorii acestei mutații nu ar trebui utilizați pentru reproducere. Decizia terapeutică în cazul descris este pur anecdotică și nu este susținută de date privind eficacitatea publicate în literatura științifică.

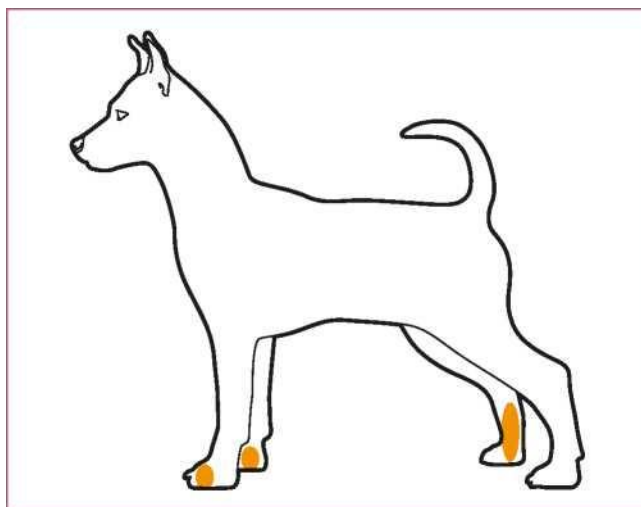


Figura 7. Câinii cu sindrom de mutilare acrală (AMS) ling și mușcă în mod persistent partea distală a membrilor. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

Tabelul 1. Infecții bacteriene rezistente la antibiotice

O infecție a pielii care nu răspunde la tratamentul antibiotic empiric indică faptul că este o infecție cu bacterii rezistente la anumite antibiotice.

Tabelul 2. Ulcere în leishmanioza canină

Ulcerale sunt frecvente în leishmanioza canină, în general la punctele de presiune sau în zonele în care pielea a suferit un anumit tip de traumă sau inflamație (Fig. 8). Recrutarea macrofagelor începe după procesul normal de vindecare, dar eliberarea a numeroase amastigote poate declanșa inflamație necrotică, al cărei scop este de a ucide paraziții și de a reduce populația acestora. Identificarea directă a amastigotelor prin histopatologie poate fi dificilă, iar tehnicile imunohistochimice sunt de obicei necesare. Chiar și atunci când se demonstrează prezența bacteriilor, implicarea lor reală în dezvoltarea leziunii trebuie confirmată de răspunsul la tratament.



Figura 8. Placă ulcerată pe perna metacarpiană a unui câine cu leishmanioză.

CASO 5

DERMATITĂ ULCERATIVĂ MUCOCUTANAT LA UN CÂINE

CAZUL 5. DERMATITĂ ULCERATIVĂ MUCOCUTANATĂ LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Încrucișare cu Ciobănesc Maremma
- Vârstă: 5 ani
- Sex: femelă sterilizată
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

Acest caz prezintă o oportunitate de a examina o boală dermatologică rară, descrisă recent la câini. Ca și în cazul multor boli anterioare, comunitatea științifică a inventat un nou termen pentru a descrie această afecțiune. Cu toate acestea, pentru a clarifica toate aspectele clinice implicate, este necesar să se studieze o serie de cazuri cu rezultate fiabile și reproductibile. În acest sens, Olivry **și colab.** (2015) au realizat un studiu de caz pe pacienți cu această boală, care va fi discutat și în acest raport de caz.

ANAMNEZĂ

Stăpânii acestei cățelușe au adus-o la o consultație deoarece avea ulcere în regiunea vulvară în ultimul an. În plus, animalul linge zona excesiv și prezenta semne de durere la urinat (disurie).

Tratamentul antibiotic, stabilit inițial empiric și ulterior pe baza rezultatelor culturii bacteriene și a antibiogrammei, a fost doar parțial eficient și a oferit doar o ameliorare temporară a semnelor clinice. Nu a fost inițiat niciun tratament topic pentru ulcere din cauza atitudinii necooperante a pacientei; aceasta prezenta dureri și un disconfort vizibil.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Nu au fost detectate anomalii.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Numeroase eroziuni și ulcere bine definite, cu cruste, au fost detectate pe vulva externă și pe pielea perivulvară (Fig. 1). Din cauza durerii intense, câinele a trebuit să fie sedat pentru a permite o examinare amănunțită.



Figura 1. Erosiones, úlceras y costras en la piel de la zona vulvar y perivulvar.

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, următoarele boli au fost incluse în diagnosticul diferențial:

- Lupus eritematos mucocutanat (LEMC).
- Piodermie mucocutanată (vezi tabelul 1).
- Leishmanioză.
- Pemfigoidul membranei mucoase.
- Infecție fungică cauzată de *Candida* spp.

Diferențierea între piodermia mucocutanată și lupusul eritematos mucocutanat este dificilă atât pentru medicii veterinari, cât și pentru histopatologi. În lupusul eritematos mucocutanat, apare întotdeauna o infecție bacteriană secundară a leziunilor, ceea ce complică interpretarea constatărilor clinice și histopatologice și poate duce la un diagnostic greșit al piodermiei mucocutanate.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Citologie prin apoziție.
- Hemoleucogramă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.
- Test de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania*.

În plus, s-a efectuat o biopsie cutanată pentru a realiza un studiu histopatologic.

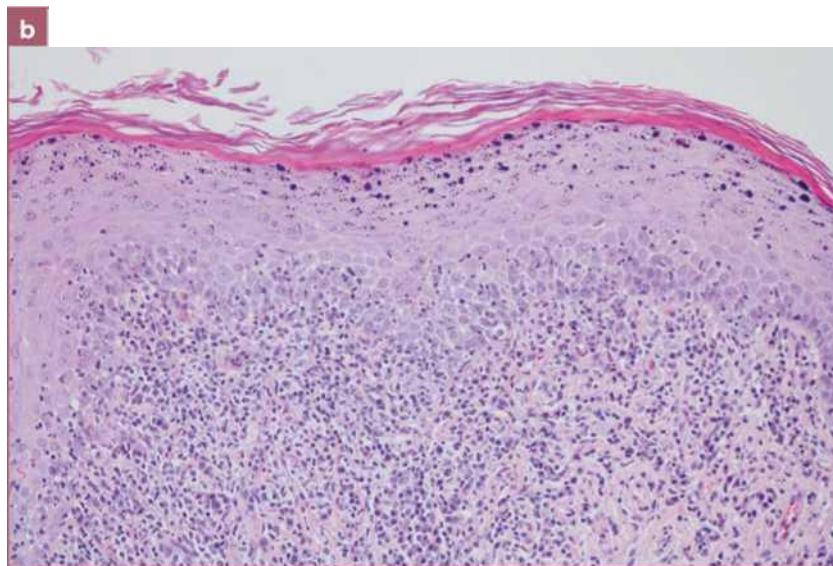
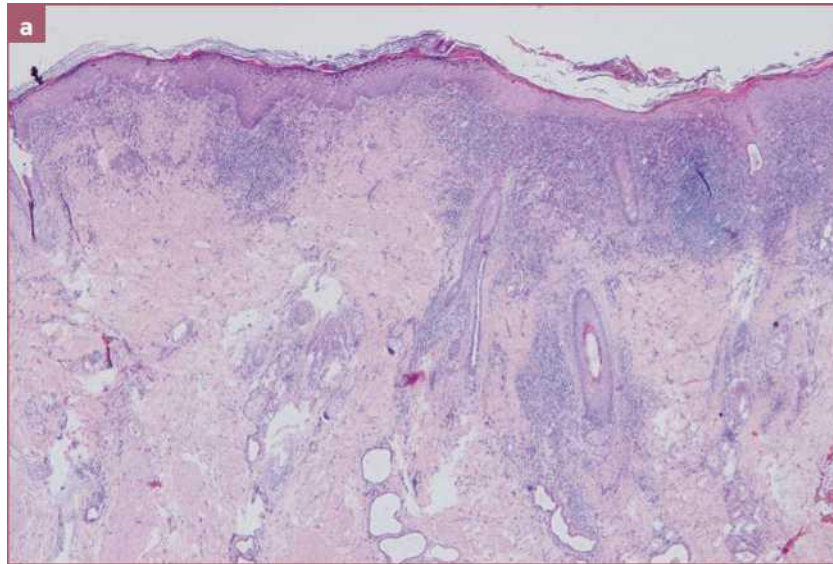
REZULTATE

- Citologia cutanată a evidențiat o predominanță a neutrofilelor degenerate și a numeroase bacterii, atât bacili, cât și coci. Hematologia, profilul biochimic și analiza urinei au fost normale. Nu s-au detectat anticorpi anti-*Leishmania*. Având în vedere că unul dintre diagnosticile diferențiale a fost piodermia mucocutanată și luând în considerare rezultatele citologiei, au fost planificate mai multe biopsii cutanate în timpul tratamentului antibiotic sistemic. Tratamentul a fost inițiat cu cefalexină în doză de 30 mg/kg de două ori pe zi. La vizita de urmărire, două săptămâni mai târziu, crustele dispăruseră, dar eroziunile și ulcerurile erau încă prezente. Animalul a continuat să prezinte durere și disconfort semnificativ în timpul examenului clinic și al urinării. În acel moment, au fost prelevate probe de piele de la marginea eroziunilor și ulcerelor.
- Studiul histopatologic a determinat existența hiperplaziei epidermice cu exocitoză neutrofilă și limfocitară și un număr mic de micropustule subcorneene. De asemenea, a fost identificată degenerarea sporadică a keratinocitelor bazale asociată cu apoptoză în toate straturile epidermice, precum și satelitoză. În straturile superficiale și intermediare ale dermului, dermatita de interfață cu acumulare de limfocite, mastocite și... plasmocite și cu un număr mic de neutrofile și macrofage, dintre care unele conțineau melanină (incontință pigmentară, fig. 2a-c).

Toate aceste constatări, împreună cu istoricul medical și tabloul clinic, au ridicat suspiciunea unui diagnostic de lupus eritematos mucocutanat.



CASO 5. DERMATITIS ULCERATIVA MUCOCUTÀNEA EN UN PERRO



CASO 5. DERMATITIS ULCERATIVA MUCOCUTÂNEA EN UN PERRO

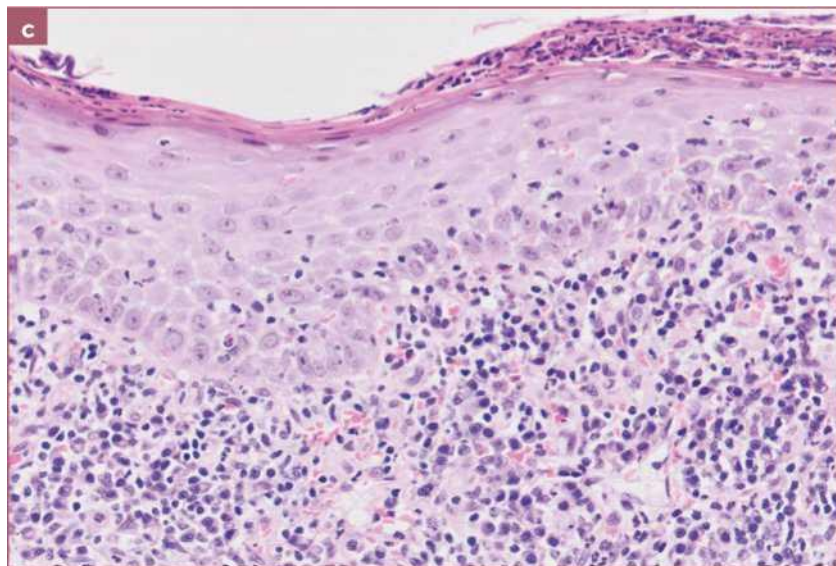


Figura 2. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină și eozină (H&E) (4x-20x). Epiderma prezintă hiperplazie și înnegrirea joncțiunii dermoepidermice din cauza unui infiltrat inflamator bogat în limfocite. Keratinocitele din stratul bazal prezintă modificări (degenerare hidropică și apoptoză). De asemenea, se observă un infiltrat inflamator multifocal la suprafața dermului, la nivelul infundibulului foliculului de păr. Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Tratamentul a fost inițiat cu metilprednisolon administrat oral, în doză de 0,8 mg/kg de două ori pe zi. Terapia cu metilprednisolon a fost intensificată pe baza remisiunii clinice a leziunilor dermatologice. Eroziunile și ulcerele s-au ameliorat cu 90% după 14 zile de tratament (Fig. 3). Disconfortul urinar s-a dispărut. Din acest motiv, doza a fost redusă treptat. Aproximativ 40 de zile mai târziu, când pacientul primea o doză de corticosteroizi de 0,8 mg/kg la fiecare 48 de ore, a apărut o recidivă. La acea vreme, câinele prezenta și efecte adverse din cauza corticosteroizilor. Prin urmare, s-a decis schimbarea tratamentului de la metilprednisolon la ciclosporină A (CsA). Boala a fost menținută cu succes în remisie cu o doză de 5 mg/kg o dată pe zi, la fiecare 48 de ore. Când s-a observat o ușoară agravare, s-au adăugat antibiotice sistemice și/sau un alt tratament cu metilprednisolon pentru o perioadă scurtă de timp.

CONSIDERAȚII

În ultimele două decenii, au fost descoperite mult mai multe variante de lupus eritematos cutanat canin. În prezent, sunt recunoscute patru variante principale:

- Lupus eritematos cutanat vezicular (LEVC).
- Lupus eritematos cutanat exfoliativ (ECLE).
- Lupus eritematos mucocutanat (LEMC).
- Lupus eritematos discoid, incluzând forma facială clasică (LEDF) și forma generalizată, mai puțin frecventă (LEDG).

Termenul de lupus eritematos mucocutanat (LEMC) a fost propus pentru prima dată la câini în 1998. Cu toate acestea, abia după publicarea a 21 de cazuri în 2015, această formă a fost inclusă ca o variantă a lupusului eritematos cutanat canin. Medicii de familie ar trebui să fie familiarizați cu caracteristicile clinice și histopatologice ale acestei boli descrise recent.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Distribuția leziunilor și lipsa de răspuns la terapia antibiotică sunt aspectele cheie ale acestui caz.



Figura 3. Aspectul leziunilor după 14 zile de tratament cu corticosteroizi sistemici. Ulcerele sunt în remisie și încep să crească fire de păr noi în zona din jurul vulvei.

CASO 5. DERMATITIS ULCERATIVA MUCOCUTÀNEA EN UN PERRO

LUPUS ERITEMATOZ CUTANAT CANIN

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Lupusul eritematos mucocutanat canin (LEMC) este o variantă recent descrisă a lupusului eritematos cutanat canin (LECC). Deși a fost observat la mai multe rase, mai mult de jumătate din cazurile descrise în literatura de specialitate afectează câinii Ciobănesc German și încrucișările acestora. În aceste studii, cazurile la femele sunt puțin mai numeroase decât la masculi. Vârsta de debut a semnelor clinice variază considerabil, deși câinii adulți de vârstă mijlocie par a fi mai sensibili. Leziunile se dezvoltă de obicei în zonele anală/perianală și genitală/perigenitală, adesea asociate cu mâncărime și disconfort atunci când animalul urinează sau defecază (disurie și dischezie). Aceasta din urmă este ceea ce îl determină de obicei pe proprietar să își ducă animalul de companie la veterinar. Alte zone care pot fi afectate sunt zonele periorală, perioculară și, mai rar, nazală. Majoritatea câinilor prezintă două sau mai multe zone afectate, leziunile fiind distribuite simetric. Leziunile cutanate asociate cu LEMC sunt de obicei eroziuni, ulcere și cruste. Crustele se dezvoltă atunci când leziunea afectează zone de piele păroasă și/sau când o infecție bacteriană secundară complică afecțiunea inițială.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Diferențierea între lupusul eritematos mucocutanat, pemfigoidul mucoasei și piodermia mucocutanată poate fi complicată. Diagnosticul diferențial poate include și unele variante de eritem multiform, în funcție de severitatea leziunilor și de afectarea joncțiunilor mucocutanate. Așa cum am menționat anterior, piodermia mucocutanată este de obicei localizată în zona nazală și periorală. Se prezintă de obicei cu leziuni destul de crustoase și purulente și răspunde bine la tratamentul cu antibiotice. Din acest motiv, este important să se recolteze biopsii cutanate în timpul tratamentului antibiotic sistemic și/sau topic pentru a evita erorile de diagnostic datorate infecțiilor secundare. Pemfigoidul mucoasei și lupusul eritematos mucocutanat pot avea o prezentare foarte similară și ambele au o incidență mai mare la Ciobănescul German. Leziunile tipice sunt eroziuni și ulcere care afectează joncțiunile mucocutanate. Cu toate acestea, în pemfigoidul mucoasei, cavitatea bucală este de obicei afectată, astfel încât veziculele pot fi găsite pe membranele mucoase, mai degrabă decât la joncțiunile mucocutanate. Diagnosticul definitiv se bazează pe rezultatele studiului histopatologic, care va identifica dermatita de interfață cu un infiltrat limfocitar abundent și degenerarea keratinocitelor din stratul bazal, care se poate extinde până la infundibulul foliculilor de păr. Aceste constatări pot fi limitate la zone mici din jurul ulcerelor, motiv pentru care biopsiile trebuie efectuate în apropierea marginii leziunilor. În

majoritatea cazurilor, imunofluorescența directă relevă, de asemenea, un depozit liniar de imunoglobuline IgG la nivelul joncțiunii dermoepidermice.

TRATAMENT

Glucocorticoizii orali, prednisolonul sau metilprednisolonul, sunt utilizați ca terapie de primă linie, în doze de 1-2 mg/kg o dată pe zi. Remisiunea leziunilor are loc de obicei în decurs de 14-28 de zile. Leziunile reapar la reducerea dozei. Prin urmare, poate fi utilă adăugarea unui alt imunomodulator (CsA, azatioprină, micofenolat de mofetil) atunci când doza de corticosteroizi este redusă la maximum sau chiar întreruptă, pentru a menține controlul bolii. De asemenea, se recomandă antibiotice topice sau sistemice pentru gestionarea infecțiilor bacteriene secundare, care sunt întotdeauna prezente atunci când boala nu este sub control. Corticosteroizii topici sau inhibitorii de calcineurină sunt o altă opțiune posibilă, deși utilizarea lor este mai complicată din cauza durerii intense pe care o provoacă în leziuni.

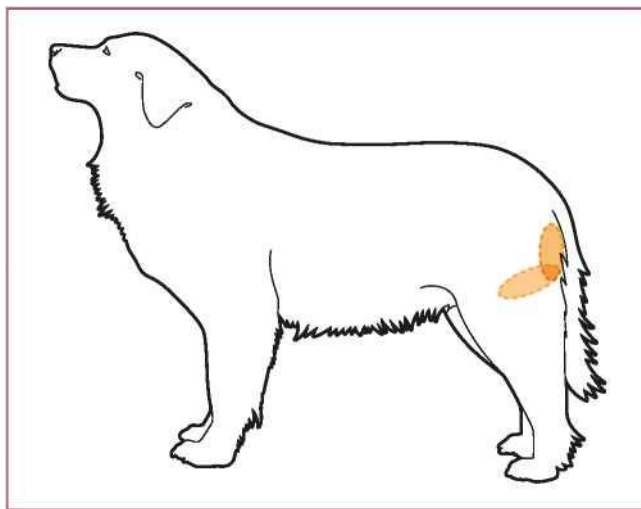


Figura 4. Leziunile lupusului eritematos cutanat canin sunt de obicei localizate în zonele anală/perianală și genitală/perigenitală. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 5. DERMATITIS ULCERATIVA MUCOCUTÂNEA EN UN PERRO

Tabelul 1. Piodermie mucocutanată

Distribuția leziunilor și lipsa de răspuns la terapia antibiotică sunt esențiale în acest caz. Cea mai relevantă afecțiune care ar trebui inclusă în diagnosticul diferențial al lupusului eritematos cutanat canin este piodermia mucocutanată. Piodermia mucocutanată are o tendință mai mare de a afecta pielea din zonele perinazală și periorală și produce mai multe cruste și mai puține eroziuni (Fig. 5). Lupusul eritematos cutanat canin se găsește mai frecvent în zonele anală/perianală sau genitală/perigenitală. În plus, piodermia răspunde foarte bine la terapia antibiotică. Infecțiile secundare sunt frecvente în lupusul eritematos cutanat canin, așa că este important să se utilizeze antiseptice topice sau sistemice și antibiotice înainte de a preleva probe de piele pentru biopsie, reducând astfel șansele de erori de diagnostic și de confuzie între lupus și piodermie.



Figura 5. Ciobănesc german cu piodermie mucocutanată. Leziunile, crustoase și purulente, erau localizate pe planul nazal și în zona perinazală. Se observă eroziunea din apropierea buzei. Leziunile s-au remis complet cu antibiotice sistemice.

CASO 6

Alopecie multifocală asociată
cu dermatită exfoliativă difuză
extinsă la o pisică

CAZUL 6. ALOPECIE MULTIFOCALĂ ASOCIATĂ CU DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ DIFUZĂ ȘI EXTENSIVĂ LA O PISICĂ

RECENZIE

- Specie: felină
- Rasă: Păr scurt european comun
- Vârstă: 9,2 ani
- Sex: masculin
- Stil de viață: Interior

INTRODUCERE

Acest caz este relativ rar. Diagnosticul a necesitat mai mulți pași consecutivi. Deoarece este o afecțiune dermatologică rară, unele cazuri rămân nediagnosticate. Pisicile cu această afecțiune prezintă adesea semne sistemice, cum ar fi leziuni cutanate, dar acestea nu sunt întotdeauna motivul pentru care proprietarul solicită îngrijiri veterinare.

ANAMNEZĂ

Această pisică avea dificultăți la înghițire, regurgitații ocazionale și vărsături timp de 10 zile. Deși și-a menținut pofta de mâncare, a prezentat semne de intoleranță la efort și pierdere în greutate. Nu primise niciun tratament înainte de vizită.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Pisica era letargică. Examenul clinic a relevat o deshidratare de 7%, o stare corporală precară (4/9) și o mărire moderată a ganglionilor limfatici submandibulari. Auscultația cardiacă a relevat o tahicardie ușoară și zgomote cardiace înăbușite. Palparea toracelui a arătat o compresie craniană mai mică decât în mod normal.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Animalul a prezentat alopecie și exfoliere difuză, extinsă. Firele de păr se desprindeau ușor pe întreaga suprafață a toracelui lateral și a membrilor (Fig. 1a-d). Eritemul era, de asemenea, prezent pe întreaga suprafață a corpului. În unele zone, scuamele aveau tendința să se adere la piele, în timp ce în altele se desprindeau ușor, lăsând în urmă ulcere. Pielea era uscată, iar părul era fragil și tern. Dermatoscopia zonelor afectate a relevat prezența unor scuame mari și fine și blocarea foliculilor de păr cu material keratotic (Fig. 2a și b). La momentul vizitei, nu exista prurit.

Diagnostic diferențial

Pe baza observațiilor clinice (letargie și disfație) și dermatologice (dermatită exfoliativă extinsă), principala suspiciune inclusă în diagnosticul diferențial a fost următoarea:

- Masă mediastinală (timom) asociată cu dermatită exfoliativă generalizată urmată de alopecie, ca parte a unui sindrom paraneoplazic în principal non-pruritic.

Cu toate acestea, au fost incluse și alte boli, cum ar fi:

- Limfom epiteliotrop (vezi tabelul 1).
- Dermatofitoză generalizată.

Alte patologii mai puțin probabile care au fost, de asemenea, luate în considerare:

- Lupus eritematos sistemic.
- Dermatită asociată cu virusul leucemiei feline (FeLV) și virusul imunodeficienței feline (FIV).
- Adenită granulomatoasă sebacee idiopatică.

CASO 6. ALOPECIA MULTIFOCAL ASOCIADA ADERMATITIS EXFOLIATIVA,
DIFUSA Y EXTENSA EN UN CATO



Figura 1. Pisică cu alopecie severă și extinsă și descumare pe torace (ac) și membre. Alopecie, eritem și descumare se observă și pe partea ventrală a trunchiului (d).

CASO 6. ALOPECIA MULTIFOCAL ASOCIADA A DERMATITIS EXFOLIATIVA,
DIFUSA Y EXTENSA EN UN CATO



Figura 2. Constatări dermatologice. Se observă scuame fine și blocarea foliculilor de păr (20x [ayb]).

CASO 6. ALOPECIA MULTIFOCAL ASOCIADA ADERMATITIS EXFOLIATIVA, DIFUSA YEXTENSA EN UN CATO

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea cu lămpi Wood.
- Examinarea microscopică a părului.
- Cultura fungică: Probele de solzi au fost prelevate prin perierea părului cu o periuță de dinți sterilă, care a fost apoi agitată într-un mediu de cultură.
- Citologia prin apoziție a leziunilor ulcerate.

De asemenea, au fost efectuate următoarele teste pentru a detecta alte posibile patologii subiacente:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.
- Test de detectare a FIV și FeLV.

În urma examenului fizic, s-a decis efectuarea următoarelor teste complementare:

- Ecocardiografie.

Următoarele teste imagistice au fost adăugate la bateria de teste:

- Radiografie.
- Ecografie.
- Tomografie computerizată.

În final, s-a decis efectuarea unui studiu histologic al pielii.

REZULTATE

- Examinarea la lampa Wood, examinarea microscopică a părului și cultura fungică au fost toate negative.
- Citologia cutanată a relevat prezența keratinocitelor, precum și a neutrofilelor și a cocilor diseminați.
- Hemoleucogramă: pisica avea anemie (Hct < 30%; interval de referință: 28,2%-52,7%) și hipoalbuminemie (albumină = 18 g/l; interval de referință: 27-44 g/l).
- Rezultatele analizelor de urină au fost neconcludente.
- Pisica a fost testată negativ pentru FeLV și FIV.

- Ecocardiografie: nu s-au detectat anomalii structurale.
- Radiografie: Au fost efectuate vederi laterale ale ambelor părți și o vedere ventrodorsală. A fost identificată o opacitate a țesuturilor moi în partea ventrală a mediastinului cranian.
- Ecografie toracică: a fost detectată o masă bine delimitată chiar cranial față de inimă. S-a efectuat o puncție-punct cu ac fin (BAAF) ghidată ecografic. Rezultatele citologice au evidențiat o populație limfoidă eterogenă, cu o predominanță clară a limfocitelor mici și unele limfocite de dimensiuni medii sau mari, precum și neutrofile și monocite dispersate pe un fundal de eritrocite (Fig. 3a și b). Deoarece nu s-au observat celule displazice sau anaplazice, citologia nu a permis stabilirea unui diagnostic. A fost considerată un test de screening inițial.
- Tomografie computerizată (CT): Pentru acest test, s-a injectat un bolus intravenos de contrast iodată. Rezultatele au identificat o creștere a volumului în ganglionii limfatici cervicali profunzi și superficiali, retrofaringieni medii și mandibulari. O masă multicavitară (7,2 x 4,2 cm) a fost localizată în mediastinul cranioventral, cu margini bine definite și contrastare eterogenă după administrarea contrastului (Fig. 4a și b). Această masă a exercitat o compresie semnificativă asupra structurilor toracice adiacente (atelectazie compresivă). Mai exact, traheea și esofagul au fost deplasate dorsal, iar inima a fost deplasată caudolateral spre dreapta. De asemenea, a comprimat unele vase, deși nu au existat dovezi că masa a invadat lumenul vreunui vas. În lobul accesoriu al plămânului, a fost detectat un nodul solitar, îngroșat, cu margini neclare și un diametru de 3,6 mm.

Diagnosticul definitiv a fost prezența unei mase mediastinale cranioventrale compatibile cu un neoplasm timic (timom sau limfom), limfadenopatie generalizată și o leziune pulmonară de posibilă origine metastatică.

CASO 6. ALOPECIA MULTIFOCAL ASOCIADA ADERMATITIS EXFOLIATIVA,
DIFUSA YEXTENSA EN UN CATO

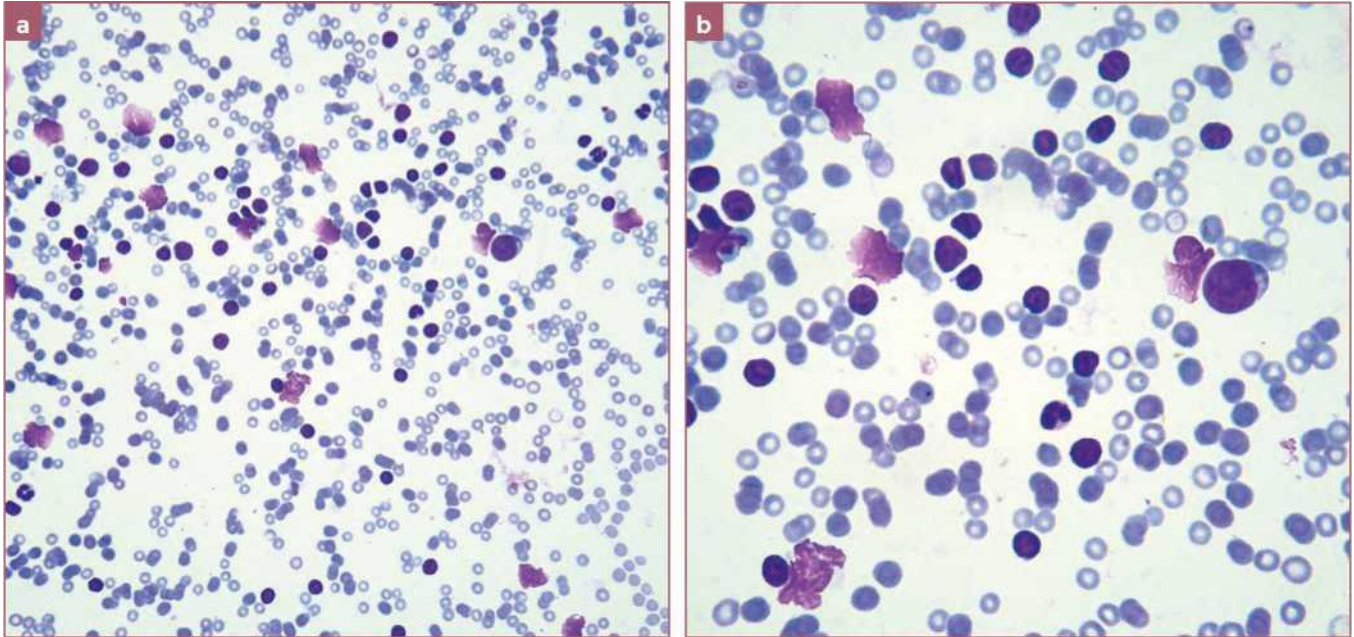


Figura 3. Punct-punct cu ac fin (PAAF) al timusului. Se observă o populație limfoidă eterogenă, cu o predominanță marcată a limfocitelor mici (4x-40x [ayb]). Colorație Romanowsky. Imagine oferită de Dr. S. Manzocchi (IDEXX, Italia).

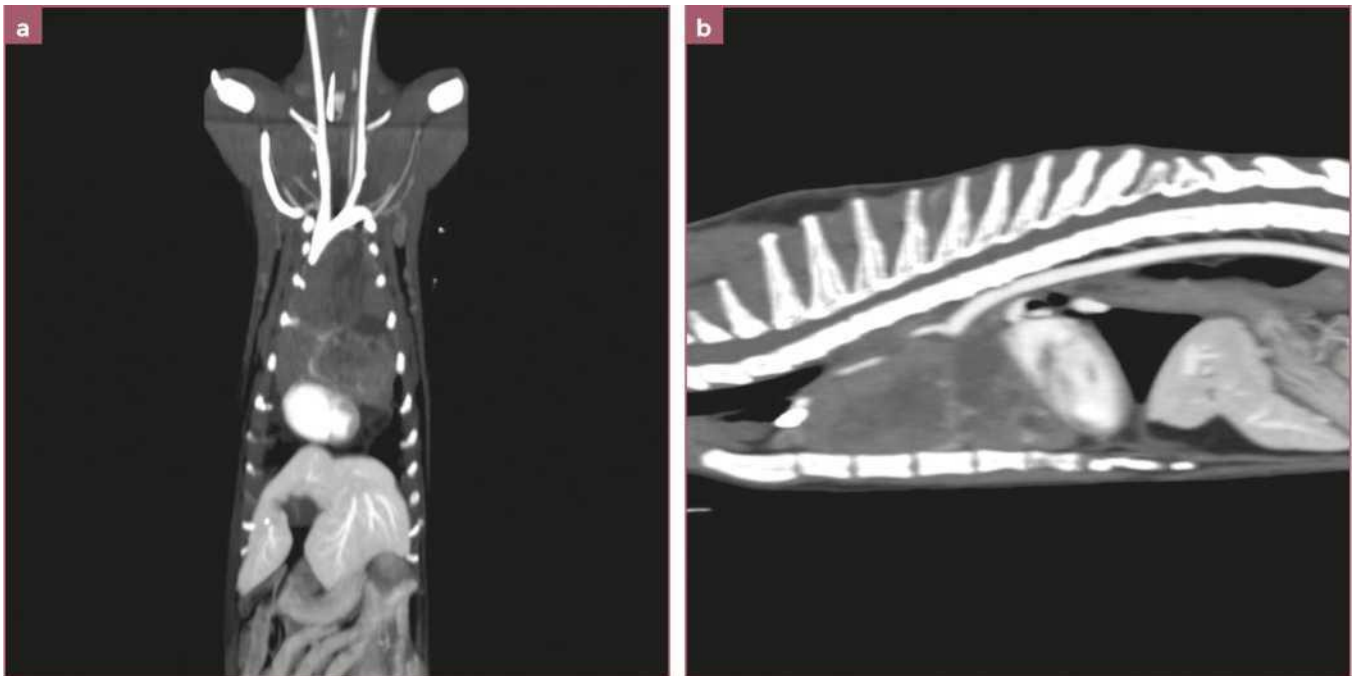


Figura 4. Tomografie computerizată (CT). O masă bine definită este identificată în mediastinul cranioventral (ayb). Imagine oferită de Dr. E. Auriemma (Institutul Veterinar din Novara, Italia).

CASO 6. ALOPECIA MULTIFOCAL ASOCIADA A DERMATITIS EXFOLIATIVA, DIFUSA Y EXTENSA EN UN CATO

S-a efectuat o sternotomie și, după evaluarea gradului de invazie a țesuturilor adiacente, masa a fost îndepărtată.

- Constatări histopatologice: Țesutul era compus în principal dintr-o proliferare celulară mixtă, cu straturi de celule epitelioidale alungite, cu margini variabil definite, citoplasmă eozinofilă și nuclee mari, rotunzi până la ovoizi, cu cromatină fină și limfocite de dimensiuni mici până la medii. Indicele mitotic a fost mai mic de 1 mitoză la 10 câmpuri.
- De asemenea, s-au detectat material ischemic necrotic, hemoragie și spații chistice conținând lichid proteic (Fig. 5).
- Studiu anatomopatologic al probelor de piele: epiderma a prezentat hiperplazie moderată cu hiperkeratoză ortokeratotică marcată și hiperkeratoză parakeratotică focală. Keratinocite vacuolate au fost

observate în stratul bazal al epidermei și în infundibulul foliculilor de păr. De asemenea, a fost identificată prezența dermatitei de interfață cu un ușor infiltrat celular inflamator.

toriu, în principal de origine limfoidă (fig. 6a și b).

Toate aceste rezultate au fost în concordanță cu diagnosticul definitiv de sindrom paraneoplazic cutanat felin asociat cu un timom.



TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Timomul a fost îndepărtat chirurgical. Din păcate, pisica a murit la

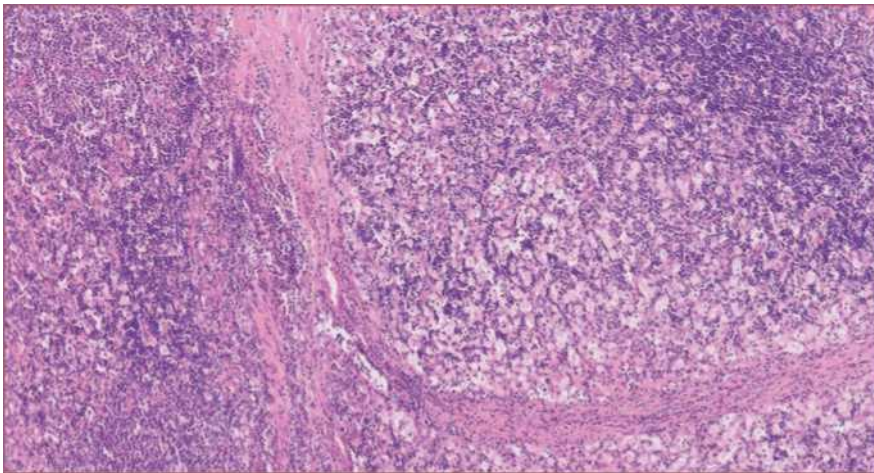


Figura 5. Hallazgos histológicos en el timo. Tinción hematoxilina-eosina (H&E). Se observan dos poblaciones celulares compuestas de linfocitos de pequeño tamaño mezclados con células neoplásicas epitelioides más grandes con menor afinidad por la tinción y con material necrótico isquémico en su interior (20x). Imagen cortesía del Dr. F. Aloisio (IDEXX, Italia).

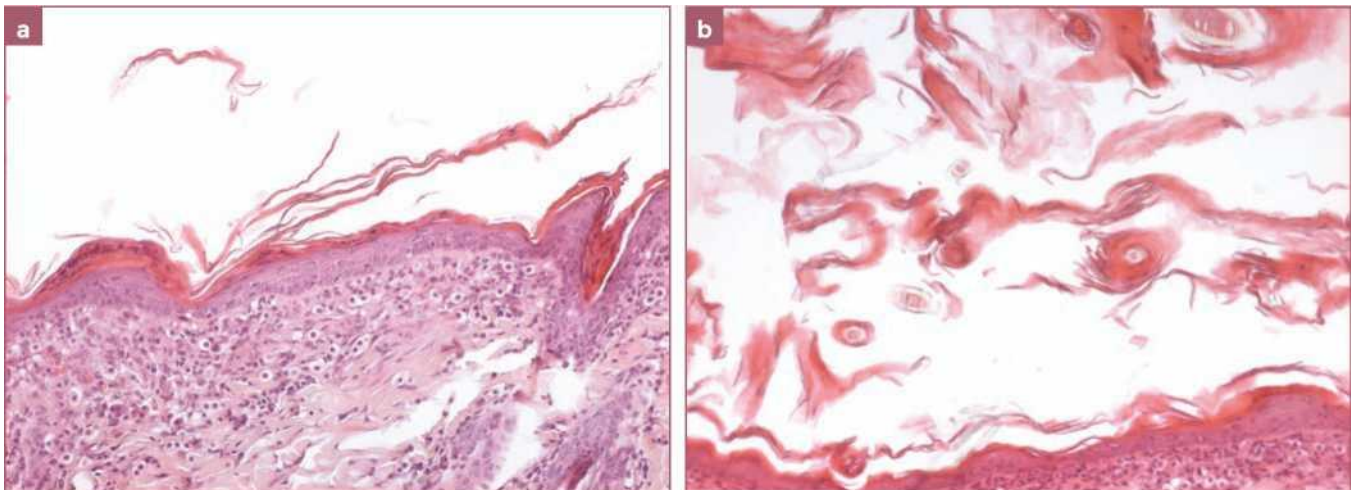


Figura 6. Hallazgos dermatopatológicos. Tinción hematoxilina-eosina (H&E) (10x-40x). Se observa hiperqueratosis y dermatitis de interfase (a y b). Imagen cortesía de la Dra. P Rocchbianca (Universidad de Veterinaria de Milán, Italia).

CASO 6. ALOPECIA MULTIFOCAL ASOCIADA ADERMATITIS EXFOLIATIVA, DIFUSA YEXTENSA EN UN CATO

câteva zile după operație din cauza complicațiilor asociate cu afecțiunea subiacentă, care au dus la detresă respiratorie acută.

CONSIDERAȚII

Bolile sistemice se pot reflecta și la nivelul pielii și, prin urmare, aceasta poate contribui la diagnosticarea multor afecțiuni, inclusiv a neoplasmelor. Pielea poate fi implicată direct dacă sunt prezente celule tumorale ca o consecință a răspândirii directe a unei tumori cutanate sau a metastazelor sau poate fi implicată indirect din cauza proceselor inflamatorii, metabolice sau proliferative care acționează ca mediatori care interferează cu activitatea și comunicarea celulară. În acest ultim caz, celulele neoplazice nu se găsesc în piele, iar implicarea sa se încadrează într-un sindrom dermatologic paraneoplazic. Cu alte cuvinte, un sindrom dermatologic paraneoplazic este descris ca o tulburare care însoțește un neoplasm malign fără o asociere directă cu tumora primară sau cu oricare dintre metastazele sale. În schimb, acesta apare pur și simplu din dezechilibrele biochimice cauzate de substanțele biologic active eliberate de tumoră, cum ar fi hormonii, factorii de creștere sau citokinele.

În acest caz clinic, motivul consultării a fost dermatita exfoliativă extinsă și alopecia, ceea ce a dus la luarea în considerare a unui posibil sindrom dermatologic paraneoplazic asociat cu un timom. Deși patogenеза exactă a dermatitei exfoliative asociate cu timoamele nu a fost determinată, se suspectează că aceasta ar putea implica un mecanism în care limfocitele T citotoxice autoreactive acționează împotriva celulelor epiteliale, similar cu ceea ce se întâmplă în cazul rejetului observat în boala grefă-contra-gazdă. Timusul este un organ esențial pentru formarea populațiilor de limfocite T, iar una dintre funcțiile sale este de a asigura că limfocitele T tolerează antigenele endogene și de a preveni maturarea limfocitelor T autoreactive. Diagnosticul timomului se bazează pe tehnici imagistice și este confirmat prin examen histologic. Prognosticul este în general favorabil după îndepărtarea chirurgicală a tumorii, deoarece acestea

nu sunt de obicei foarte invazive și nu metastazează de obicei. Cu toate acestea, este întotdeauna important să se stabilească un diagnostic diferențial, luând în considerare atât dermatita exfoliativă, cât și afecțiunile timusului. Ori de câte ori este prezentă dermatita exfoliativă la o pisică, diagnosticul diferențial trebuie să includă: reacții adverse la medicamente, lupus eritematos sistemic, limfom epiteliotrop cu celule T, adenită sebacee și infecții fungice sau virale.

În cele din urmă, dermatita exfoliativă neasociată cu timomul este clinic și histopatologic indistinguibilă de dermatita exfoliativă asociată cu timomul. S-a sugerat că este implicat un răspuns imunopatologic inițiat de un factor declanșator nedefinit. Majoritatea acestor cazuri se ameliorează cu terapia imunosupresoare pe termen lung.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Următoarele elemente ar trebui să ridice suspiciunea unui diagnostic de sindrom paraneoplazic asociat cu un timom:

- Vârsta pisicii.
- Exfoliere cu fulgi mari care sunt moderat atașați de piele.
- Semne clinice în timpul examenului fizic care necesită teste imagistice.

SINDROM PARANEOPLAZIC ASOCIAT CU UN TIMOM

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Dermatita exfoliativă paraneoplazică asociată cu dezvoltarea timomului a fost descrisă anterior la pisici. Este o afecțiune a pielii caracterizată prin descumare care afectează suprafețe extinse ale corpului. Leziunile încep de obicei cu eritem ușor și descumare a pielii de pe cap, pavilionul urechii și gât, progresând treptat pe întregul corp. Pe măsură ce descumarea se răspândește și se agravează, apar și zone extinse de alopecie. Acumularea de material keratosebaceu brun în zonele perioculare, periorale, interdigitale și unghiale, precum și în canalele auditive externe, este, de asemenea, frecventă. Leziunile nu sunt pruriginoase, cu excepția cazurilor complicate de *creșterea excesivă a Malassezia* și sunt de obicei detectate înainte de apariția altor semne clinice cauzate de procesul neoplazic, cum ar fi tusea, dispneea sau pierderea în greutate.

Această prezentare clinică este destul de neobișnuită deoarece leziunile s-au dezvoltat pe trunchi și extremități și nu au afectat capul sau lobii urechilor (Fig. 7). Acest lucru ar fi putut duce la o interpretare greșită a cazului și ar fi împiedicat detectarea adevăratei cauze a dermatitei: neoplazia timică. Din toate aceste motive, și deși este o afecțiune relativ rară, un protocol de diagnostic adecvat a permis un diagnostic definitiv (anamneză completă, colectarea semnelor clinice non-dermatologice și efectuarea unor teste specifice).

În general, dispneea, tusea, letargia și regurgitarea sau vărsăturile sunt semne clinice frecvente atunci când se detectează o masă în mediastinul cranian. Cu toate acestea, este important să se facă distincția între limfom și timom, cele mai frecvente două neoplasme ale mediastinului cranian. Timoamele sunt în general descrise ca neoplasme bine încapsulate, derivate din celule epiteliale timice. Acestea coexistă cu celule limfoide non-neoplazice, prezintă caracteristici histologice variabile și un comportament eterogen. Apar de obicei la pisicile de vârstă mijlocie sau geriatrică.

Prognosticul este de obicei favorabil după îndepărtarea chirurgicală a tumorii, deoarece aceste tumori sunt de obicei neinvazive și nu metastazează de obicei. Cu toate acestea, pot apărea complicații postoperatorii. Au fost descrise hemoragii intratoracice, pleurită piogranulomatoasă cu hife fungice și paralizie laringiană. Limfomul mediastinal felin cu origine limfocite, pe de altă parte, a fost asociat în mod tradițional cu pisicile mai tinere și are indicatori de prognostic și supraviețuire diferiți.

TRATAMENT

Tratamentul definitiv este îndepărtarea tumorii. Atunci când rezecția completă nu este posibilă sau tumora este localizată într-o zonă în care îndepărtarea nu este fezabilă, trebuie luată în considerare terapia multimodală care combină chirurgia și radioterapia sau radioterapia ca tratament de primă linie. Chimioterapia nu dă rezultate satisfăcătoare. Corticosteroizii induc remisia sau stabilizează boala. Mai multe afecțiuni paraneoplazice, cum ar fi hipercalemia, miastenia gravis, polimiozita sau aritmiile, pot să nu se rezolve după îndepărtarea tumorii și să agraveze prognosticul pentru acești pacienți.

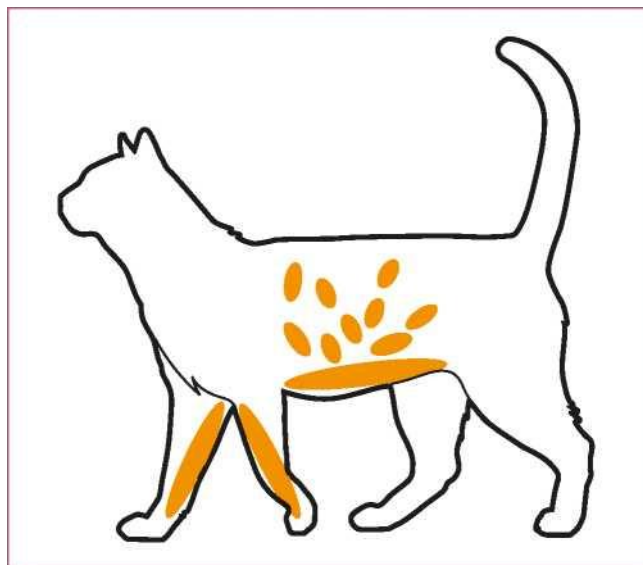


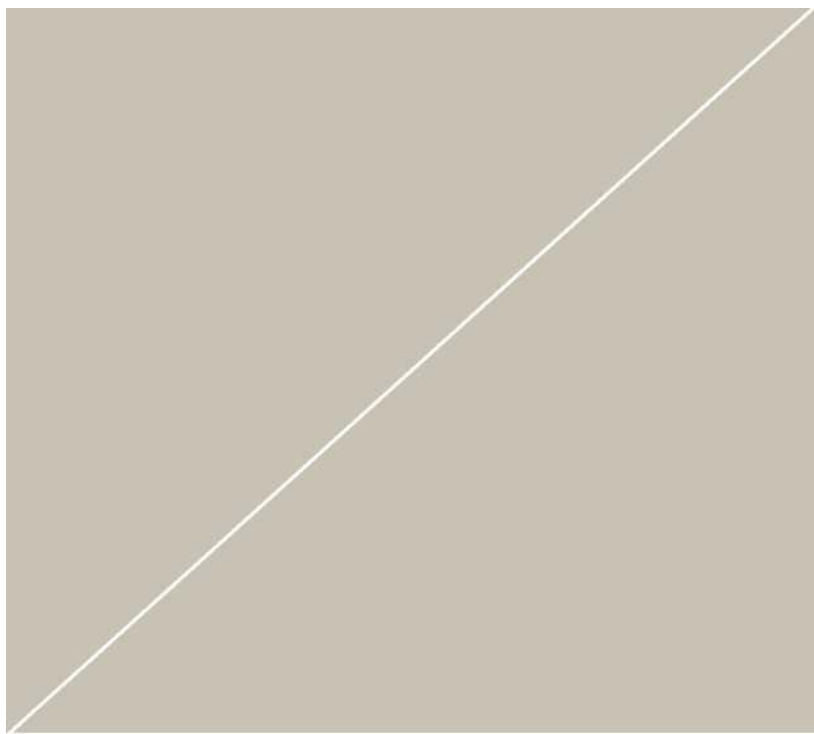
Figura 7. Exfoliere difuză și extinsă asociată cu alopecie, cu fire de păr care cad ușor. Toracele lateral și extremitățile au fost zonele în care leziunile au fost cele mai acute. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

Tabelul 1. Dermatită exfoliativă într-un limfom epiteliotrop cutanat felin

Los linfomas epiteliotropos cutáneos de células T (CETL, por sus siglas en inglés) son neoplasias poco frecuentes que afectan sobre todo a gatos geriátricos y que presentan un cuadro clínico muy variable similar a muchas otras dermatosis (p. ej., síndrome paraneoplásico asociado a un timoma). En el CETL pueden aparecer parches alopecicos y eritematosos con exfoliación difusa (fig. 8), además de placas y parches eritematosos, y nódulos y úlceras que no cicatrizan. El diagnóstico se basa en los resultados de la histología, donde se observa un tropismo de linfocitos T neoplásicos por la epidermis y el epitelio anexial. El pronóstico suele ser muy malo, con una supervivencia de unos pocos meses. Existen descritos en la bibliografía muchos protocolos terapéuticos, pero ninguno que sea óptimo.



Figura 8. Limfom epiteliotrop cutanat la o pisică. Observați solzii albi de pe trunchi.



CASO 7

DERMATITĂ PUSTULARĂ GENERALIZATĂ LA UN CÂINE

CAZUL 7. DERMATITĂ PUSTULARĂ GENERALIZATĂ LA UN CÂINE

INTRODUCERE

Dermatita pustuloasă este o afecțiune destul de frecventă la câini. Cel mai adesea, este cauzată de o infecție stafilococică. Atunci când este prezentă o infecție bacteriană, bacteria este ușor de observat în citologie și/sau prin teste de cultură și sensibilitate. Acest caz va oferi cititorului oportunitatea de a revedea abordarea diagnostică a unui caz clinic în care leziunile predominante sunt pustulele și în care este prezentă o infecție bacteriană, chiar dacă aceasta nu este cauza principală. În plus, este demn de remarcat faptul că acest caz a fost descris recent la câini.

ANAMNEZĂ

În acest caz, câinele s-a prezentat cu semne cutanate și sistemice acute. Cu zece zile înainte de prima consultație, au început să apară leziuni cutanate și prurit, împreună cu disconfort și roșeață a urechilor. Leziunile cutanate au început să se dezvolte. Câinele a fost tratat cu amoxicilină-acid clavulanic sistemic, în doză de 15 mg/kg, pe cale orală. Picături auriculare care conțineau tiabendazol, neomicină și dexametazonă au fost aplicate în ambele urechi de două ori pe zi. După o săptămână de tratament, leziunile cutanate și pruritul s-au agravat; câinele era letargic și nu avea poftă de mâncare.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Limfadenomegalie marcată a fost detectată în toți ganglionii limfatici palpabili și edeme cu punctiform la toate cele patru extremități.

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: American Staffordshire Terrier
- Vârstă: 11 luni
- Sex: masculin
- Stil de viață: Interior/Exterior

EXAMEN DERMATOLOGIC

Examinarea a relevat dermatită pustuloasă generalizată și numeroase gulerete epidermice înconjurate de un halou eritematos (Fig. 1a și b).

În plus, pe toată pielea s-au observat solzi și cruste gălbui sau maronii deschise (Fig. 2a și 2b). Mantaua de pe părțile dorsale și laterale ale trunchiului era groasă și de formă neregulată. În unele zone ale toracelui, animalul prezenta alopecie multifocală, probabil din cauza scărpînăului. De asemenea, au fost identificate pustule și cruste mici pe partea interioară a urechii, pe față, pe bot și pe partea dorsală a capului (Fig. 3).

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, următoarele boli au fost incluse în diagnosticul diferențial:

- Dermatită pustuloasă superficială asociată cu leishmanioza canină.
- Dermatită pustuloasă superficială mediată imun.
 - Reacție adversă la medicament de tip pustular și superficial.
 - Dermatită pustuloasă subcorneană.
- Pemfigus foliaceu.
- Dermatită pustuloasă eozinofilică.
- Demodecie cu foliculită bacteriană secundară (vezi tabelul 1).

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO



Figura 1. Dermatitis pustuloasă generalizată. Numeroase pustule, cruste și scuame se observă pe abdomenul ventral și torace (a). De asemenea, pustule intacte se observă pe abdomen și zona prepuțială (b).



CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO

Figura 2. Coliere epidermice, cruste aderente și solzi. Cruste și solzi pe membrul anterior stâng (a). Cruste, solzi și eritem intens pe toracele ventral (b).



Figura 3. Pustule mici și cruste gălbui mici pe urechea internă.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea microscopică a părului.
- Mai multe zgârieturi profunde ale pielii.
- Citologie.
 - Amprentă directă a unei pustule intacte și de sub o crustă.
 - Aspirație cu ac fin a unui ganglion limfatic mărit.
- Hemoleucogramă.
- Profilul biochimic seric prin electroforeza proteinelor serice.
- Analiza urinei.
- Test de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania*.
- Biopsii cutanate.

REZULTATE

- Proba citologică a fost prelevată dintr-o pustulă intactă după îndepărtarea porțiunii superioare cu un ac. Rezultatele au relevat prezența neutrofililor degenerați și nedegenerați, cu câteva -keratinocite acantolitice dispersate și bacterii intracitoplasmice izolate (coci) (Fig. 4a și b).
- În proba pentru citologie prin apozitie prelevată de sub o crustă s-au găsit neutrofile degenerați cu numeroase bacterii (coci) atât intra- cât și extra-citoplasmice și keratinocite acantolitice izolate.
- Rezultatele hematologice au arătat că respectivul câine avea

anemie:

- Număr de globule roșii: $4,5 \cdot 10^3/\text{pl}$ (interval de referință : $5,8-11 \cdot 10^3/\text{pl}$).
- Hematocrit: 32,2% (interval de referință: 36-58,5%).
- Profilul biochimic și analiza urinei au fost normale. Electroforeza proteinelor a arătat un raport albumină/globulină (A/G) scăzut (0,6; interval de referință: $> 0,8$), cu nivel scăzut de albumină (20,3 g/l; interval de referință: 24,0-47,0 g/l) și nivel ridicat de α -globulină (14,7 g/l; interval de referință : 6,0-13,0 g/l).
- Proba prelevată din ganglionii limfatici poplitei și prescapulari pentru citologie a evidențiat prezența a numeroase plasmocite, macrofage și amastigote de *Leishmania*. Aceste rezultate sunt în concordanță cu limfadenopatia asociată cu leishmanioza canină (Fig. 5).
- IFI a dat un titlu pozitiv de 1:160.
- Pentru a evalua o posibilă proteinurie, s-a măsurat raportul proteină urinară/creatinină (UPC). Rezultatul obținut a fost de 0,3 (interval de referință: $<0,3$ normal; $>0,5$ proteinurie), valoare considerată la limita normalității.
- Prin urmare, s-a diagnosticat leishmanioza canină, aceasta fiind considerată cea mai probabilă cauză a dermatitei pustulare. Cu toate acestea, este întotdeauna important să se ia în considerare posibilitatea apariției a două boli distincte la același pacient. Pentru a confirma definitiv diagnosticul, au fost efectuate mai multe biopsii cutanate.

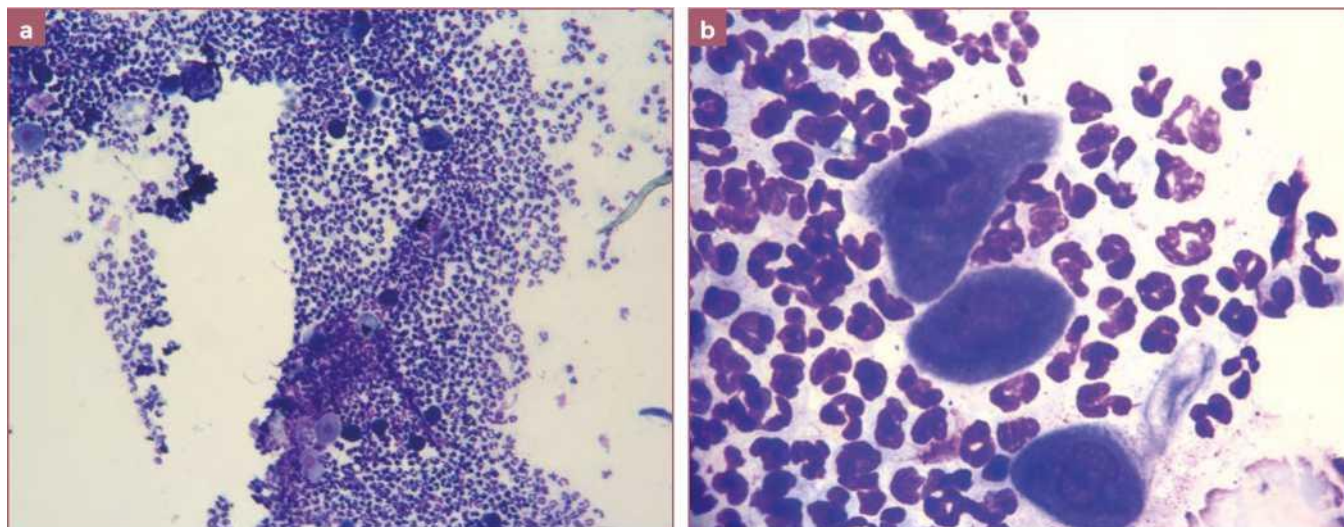


Figura 4. Citologie din probe prelevate dintr-o pustulă intactă. Se observă numeroase neutrofile degenerați și nedegenerați intercalate cu keratinocite acantolitice (10x [a]). Keratinocite acantolitice cu neutrofile nedegenerați (100x [b]).

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO

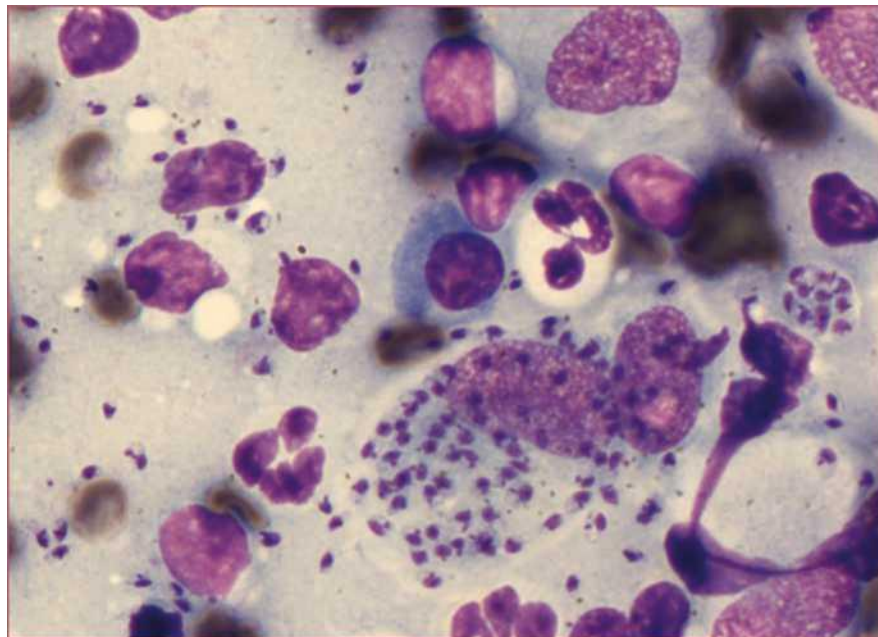


Figura 5. Citologia ganglionilor limfatici. Se observă limfocite, neutrofile, o celulă plasmatică și macrofage cu un număr mare de amastigote de *Leishmania*, atât libere, cât și intracitoplasmice (100x).

- En el estudio histopatológico, se detectó una hiperplasia de la epidermis con hiperqueratosis tanto ortoqueratósica como paraqueratósica. En algunas zonas la epidermis era marcadamente espongiótica. Las pústulas eran sobre todo subcorneales y contenían neutrófilos y, en algunas ocasiones, queratinocitos acantolíticos. En la dermis superficial se identificó un leve infiltrado inflamatorio mixto intersticial y perivascular compuesto por neutrófilos, macrófagos, células plasmáticas y linfocitos (fig. 6).

Todos estos hallazgos eran compatibles con una dermatitis pustulosa superficial asociada a leishmaniosis canina.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Tratamentul a fost inițiat cu metilprednisolon oral, în doză de 0,8 mg/kg, o dată pe zi. În plus, s-au prescris antimoniat de meglumină subcutanat, în doză de 50 mg/kg, și alopurinol oral, în doză de 10 mg/kg, de două ori pe zi. De asemenea, au fost prescrise băi cu un șampon care conține 2% clorhexidină și 2% miconazol, o dată la două zile, pentru a controla **infecțiile bacteriene secundare. După câteva zile, câinele a început să mănânce cu poftă de mâncare și nu a mai fost letargic. La prima urmărire, la 14 zile de la începerea tratamentului, leziunile s-au ameliorat semnificativ și nu au apărut pustule noi (Fig. 7a și 7b).**

Ganglionii limfatici au scăzut în dimensiuni și nu s-au detectat anomalii la examenul fizic general. S-a decis începerea reducerii treptate a dozei de corticosteroizi. Doza de metilprednisolon a fost redusă la 0,6 mg/kg o dată pe zi timp de o săptămână, apoi doza a continuat să fie redusă săptămânal, cu condiția ca pacientul să rămână stabil. După 5 săptămâni de tratament, corticosteroizii au fost întrerupți (Fig. 8). Doza de antimoniat de meglumină a fost menținută timp de 8 săptămâni în total. După această perioadă, pacientul a fost

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO

reexaminat și totul a fost în regulă. Ganglionii limfatici au fost normali la palpare. O citologie repetată nu a evidențiat amastigote. Tratamentul cu alopurinol a fost continuat și o vizită de urmărire a fost programată pentru 6 luni mai târziu. La momentul respectiv, câinele era în...

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZATA EN UN PERRO

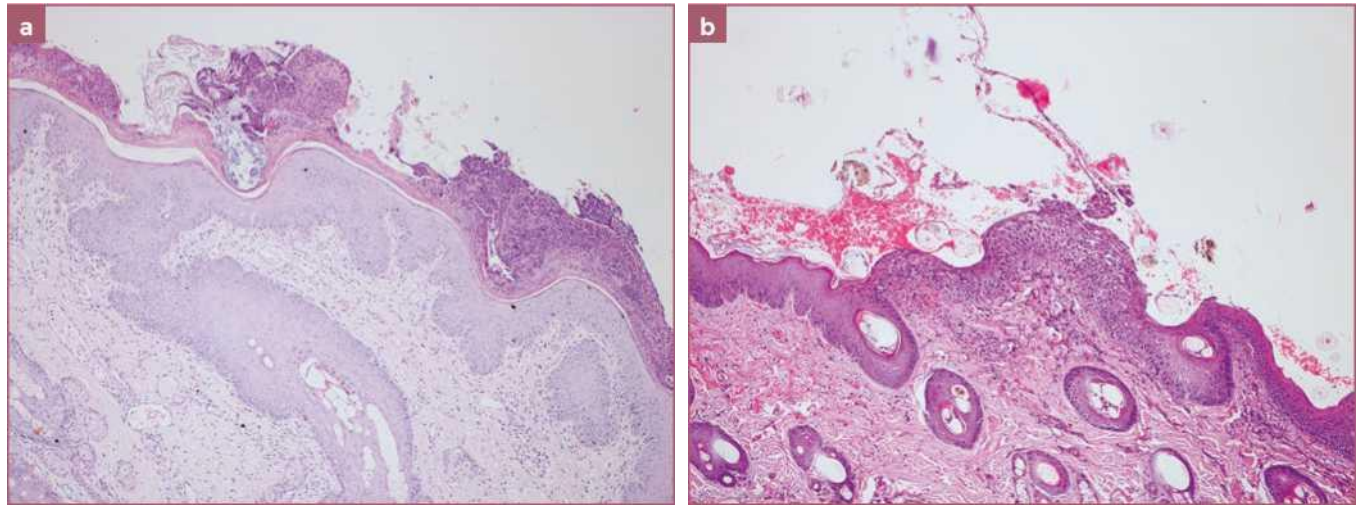


Figura 6. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină-eozină (H&E). Pustule (a), spongioză epidermică cu acantoliză (b) și prezența unui infiltrat inflamator interstițial în derm (b și c). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

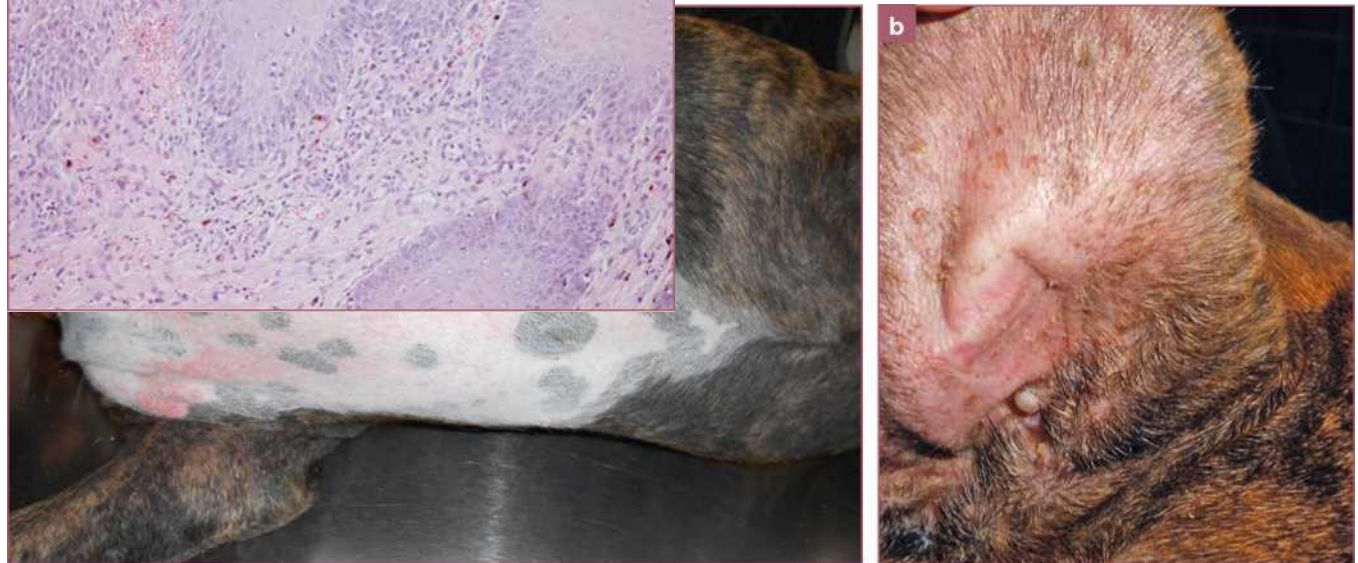


Figura 7. Același câine la 14 zile după începerea tratamentului. Nu au apărut leziuni noi pe toracele ventral (a). Leziunile de pe pavilionul uterin s-au remis.

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO



Figura 8. Același câine la 5 săptămâni după prima vizită.

era în stare bună, cu o hemoleucogramă și un profil biochimic normale. Electroforeza proteinelor serice, analiza de urină și determinarea UPC au fost normale.

CONSIDERAȚII

Cea mai importantă considerație în acest caz este importanța - excluderii leishmaniozei canine, în special în zonele endemice, înainte de inițierea tratamentului imunosupresor pentru dermatita pustuloasă superficială mediată imun. Este important de reținut că

testele de diagnostic de rutină (serologie, aspirație cu ac fin a unui ganglion limfatic) pot produce un rezultat fals negativ. În aceste cazuri, trebuie luate în considerare și alte teste (reacția în lanț a polimerazei măduvei osoase [PCR], imunohistochimie [IHC] și/sau PCR cutanată).

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Distribuția leziunilor, lipsa de răspuns la tratamentul antibiotic și diagnosticul de leishmanioză canină sunt elementele cheie ale acestui caz. Dermatita pustuloasă cauzată de foliculita bacteriană este caracterizată prin leziuni situate în principal pe abdomenul fără păr și în regiunile inghinală și axilară. Chiar și atunci când sunt răspândite, acestea se găsesc rareori la nivelul extremităților și nu au fost niciodată descrise pe față sau pe pavilionul urechii. Localizarea lor și lipsa de răspuns la tratamentul antibiotic sunt un indicator puternic al unei boli pustuloase mediate imun. Dacă se diagnostichează o dermatită pustuloasă generalizată cu aceste caracteristici, leishmanioza canină trebuie întotdeauna luată în considerare, în special în regiunile endemice.

Dermatită pustulară asociată cu leishmanioza canină

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Dermatita pustulară asociată cu leishmanioza canină este o boală sistemică cu diverse tipuri de leziuni cutanate. Pe lângă dermatita papulonodulară, ulcerativă și exfoliativă descrisă frecvent, leishmanioza este frecvent asociată cu anomalii ale unghiilor și leziuni cutanate și mucocutanate mai puțin frecvente, cum ar fi hiperkeratoza planului nazal și a pernuțelor labelor. Forma pustulară asociată cu leishmanioza canină a fost descrisă abia recent, în 2015 și 2019, când au fost raportate o serie de 22, respectiv 14 cazuri. Acești câini au prezentat dermatită papulopustulară multifocală sau generalizată, adesea însoțită de eritem intens, gulerete epidermice, scuame și cruste groase, gălbui. Pruritul a fost variabil, de la absent la foarte intens, și a fost responsabil pentru dezvoltarea zonelor alopecice din cauza scărpînăului. Semnele sistemice au fost frecvent prezente (ganglioni limfatici măriți și palpabili, edeme ale extremităților, pierdere în greutate, febră și letargie). Afectarea feței, a planului nazal, a lobilor urechii și a extremităților nu este tipică pentru foliculita bacteriană și ar trebui să ridice suspiciunea unei forme pustulare mediate imun. Lipsa de răspuns la tratamentul antibiotic, chiar și atunci când s-au demonstrat bacterii în pustule, este o dovadă suplimentară a unei etiologii mediate imun. Citologia pustulelor intacte arată neutrofile în toate cazurile, cu prezența variabilă a eozinofilelor, macrofagelor, limfocitelor și plasmocitelor. Keratinocitele acantolitice pot fi absente sau prezente în număr mic, moderat sau mare. Diagnosticul diferențial trebuie să includă pemfigusul foliaceu și alte forme de dermatită pustulară sterilă mediată imun, cum ar fi dermatita pustulară subcorneană sau reacțiile adverse pustulare superficiale. Constatările histopatologice nu sunt patognomonice și au caracteristici comune cu alte dermatite pustulare mediate imun. Testele serologice, fie prin IFA, fie prin ELISA, sunt de obicei suficiente pentru a diagnostica leishmanioza canină; cu toate acestea, dacă aceste rezultate sunt negative, sunt necesare teste suplimentare. Mai exact, qPCR-ul măduvei osoase este cea mai sensibilă procedură de diagnostic, urmată de PCR-ul ganglionilor limfatici, citologia măduvei osoase și a ganglionilor limfatici, tehnicile imunohistochimice pentru detectarea *Leishmaniei* și PCR-ul tisular inclus în parafină. Alegerea testului va depinde de istoricul pacientului. Patogeneza acestei boli nu este încă bine înțeleasă, deși pare probabil că se poate datora unei reglări deficitare a sistemului imunitar asociate cu infecțiile cu protozoare.

TRATAMENT

Opțiunile terapeutice pentru tratarea dermatitei pustulare asociate cu leishmanioza canină pot fi problematice, deoarece tratamentul poate agrava leishmanioza sistemică. Corticosteroizii orali, administrați în doze antiinflamatorii (0,5-1 mg/kg de prednison sau 0,4-0,8 mg/kg de metilprednisolon), împreună cu tratamentul standard pentru leishmanioză, au de obicei succes în majoritatea cazurilor. Unii câini vor necesita doze imunosupresoare de corticosteroizi și/sau tratament pe termen lung, precum și administrarea altor medicamente imunosupresoare (azatioprină) pentru a obține remisiunea leziunilor. Având în vedere potențiala interferență a corticosteroizilor cu tratamentul leishmaniozei, este important ca administrarea corticosteroizilor să fie cât mai scurtă posibil și la cea mai mică doză eficientă și ca tratamentul pentru leishmanioză să fie adaptat fiecărei situații clinice individuale. Prognosticul este în general bun, iar majoritatea pacienților obțin o remisie completă fără recidivă.

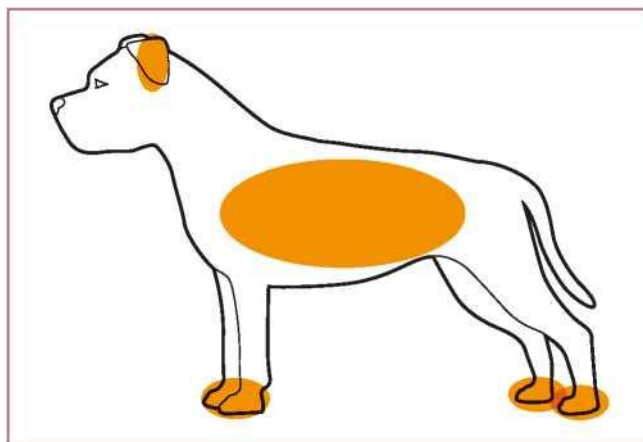


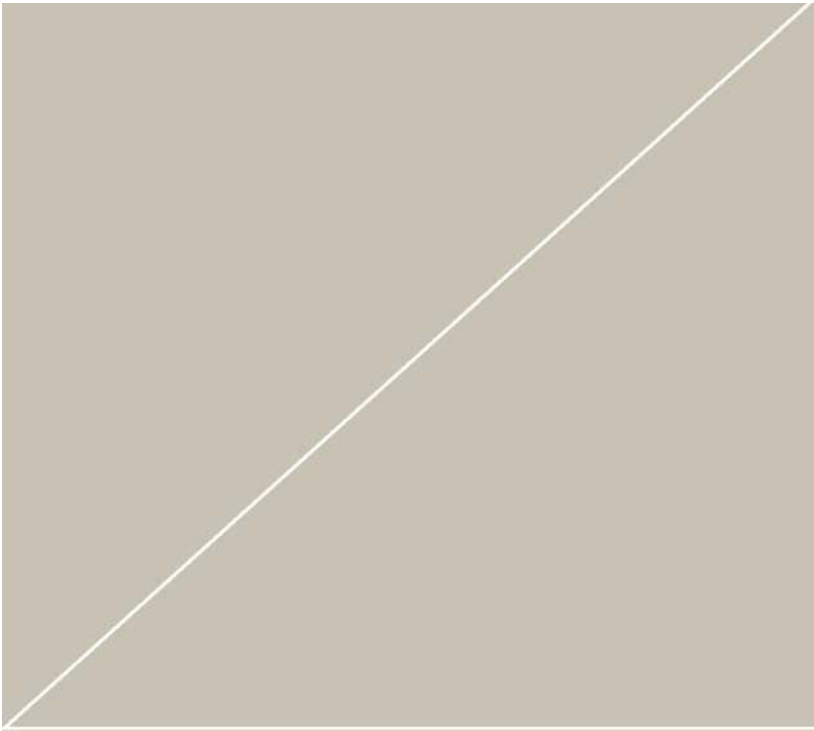
Figura 9. Dermatită pustuloasă generalizată și numeroase gulerete epidermice înconjurate de un halou eritematos, adesea distribuite într-un model policiclic. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 7. DERMATITIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN UN PERRO

Tabelul 1. Înțelegerea rolului bacteriilor

Prezența bacteriilor în probele de piele pentru citologie, în special atunci când sunt prelevate din pustule intacte, este un indicator puternic al piodermiei superficiale. Cu toate acestea, rolul acestor bacterii trebuie luat în considerare în context și evaluat în conjuncție cu caracteristicile pacientului, istoricul medical, examenul fizic și constatările clinice. Există un risc în tratarea leziunilor cutanate cu antibiotice atunci când acestea nu au fost inițial cauzate de o infecție bacteriană. Această abordare poate fi deosebit de contraproductivă dacă în cultură sau antibiogramă se izolează o tulpină rezistentă la antibiotice. Prin urmare, se recomandă utilizarea antisepticelor topice pentru a controla infecțiile bacteriene sau creșterea excesivă, în special atunci când nu a fost încă pus un diagnostic definitiv. Imaginea prezintă pustule datorate piodermiei bacteriene superficiale secundare demodectei canine. În acest caz, tratamentul cu antibiotice este esențial, împreună cu terapia specifică pentru tratarea bolii primare (vezi imaginea din Tabelul 1).





CAZUL

8



LEZIUNI PIGMENTATE MULTIPLE LA O PISICĂ

CAZUL 8. LEZIUNI PIGMENTATE MULTIPLE LA O PISICĂ

RECENZIE

- Specie: felină
- Rasă: Sfinx
- Vârsta: 3,2 ani
- Sex: feminin
- Stil de viață: Interior

INTRODUCCIÓN

La presentación clínica de este caso es algo atípica. Aunque la raza Sphinx tiene cierta predisposición a padecer enfermedades específicas, el tipo de lesiones detectadas en este caso y su distribución eran totalmente inusuales, por lo que representó un reto diagnóstico.

ANAMNESIS

La piel de este gato era color crema de nacimiento. Sin embargo, se fue pigmentando con el tiempo y aparecieron unas manchas circulares por toda la zona del tronco. No había prurito y el gato recibía una alimentación de alta calidad. No se documentaron alteraciones fisiológicas. Antes de ser remitido, no se llevaron a cabo pruebas diagnósticas específicas ni se instauró ningún tipo de tratamiento.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

No se detectaron alteraciones.

EXAMEN DERMATOLÓGICO

La piel presentaba unas manchas hiperpigmentadas, circulares, bien delimitadas y de superficie lisa que daban una apariencia moteada al animal. Las lesiones se distribuían por la cabeza y la parte dorsal y ventral del tronco. El aspecto de la piel era similar a la de un leopardo, sin signos de otras lesiones que pudieran estar relacionadas (fig. 1a-c).

Diagnóstico diferencial

Basándose en las características del animal, la anamnesis y los hallazgos clínicos se consideró la siguiente lista de diagnósticos diferenciales:

- Hiperpigmentación posinflamatoria como secuela de una enfermedad infecciosa como una parasitosis o una infección fúngica (p. ej., dermatofitosis) (ver cuadro 1).
- Placas virales.
- Hiperpigmentación endocrina (p. ej., asociada a las hormonas sexuales).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se decidió realizar las siguientes pruebas:

- Examen con lámpara de Wood.
- Examen microscópico del pelo.
- Raspados cutáneos.
- Dermoscopia.
- Cultivo fúngico.

Además, se realizó otra prueba adicional:

- Estudio histológico de varias manchas cutáneas.

Con el objetivo de detectar cualquier otra enfermedad subyacente y poder interpretar posibles signos clínicos no dermatológicos, también se decidió hacer:

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico sérico.
- Análisis de orina.

CASO 8. LESIONES MÚLTIPLES PIGMENTADAS EN UN GATO



Figura 1. Gato de raza Sphinx con múltiples manchas hiperpigmentadas por la cabeza y el tronco (a-c).

REZULTATE

- Observația cu lampa Wood a fost negativă.
- Examinarea microscopică a părului: Sphinxul este o rasă fără păr, așa că au putut fi obținute doar câteva mostre. În acest caz, acestea nu au prezentat anomalii.
- Dermoscopie: pielea interfoliculară era netedă și hiperpigmentată. Nu s-au detectat modificări la nivelul *ostiilor* foliculare sau al firelor de păr (Fig. 2).
- Cultura fungică a fost negativă.
- Analize de sânge și urină: rezultatele au fost normale.
- FIV-FelV: rezultatele au fost negative.
- Ecografie abdominală: nu s-au observat anomalii.
- Constatări dermatopatologice: S-au observat hiperkeratoză ortokeratotică și hipergranuloză variabilă, de la multifocală la difuză, cu granule mai mari și mai numeroase decât în mod normal. De asemenea, a fost detectată hiperplazie epidermică neregulată și difuză. Keratinocitele au prezentat edem intracelular moderat până la sever. Proba conținea câteva koilocite și limfocite sporadice, ambele în curs de apoptoză, iar celulele mature în curs de exocitoză. În cele din urmă, în derm au fost prezente o acumulare ușoară de mastocite perivascularare și fibroză ușoară (Fig. 3a-d).



Figura 2. Dermatoscopia. Se observa una lesión hiperpigmentada sin afectación de los *ostium* foliculares ni de los tallos pilosos (20x).

CASO 8. LESIONES MÚLTIPLES PIGMENTADAS EN UN GATO

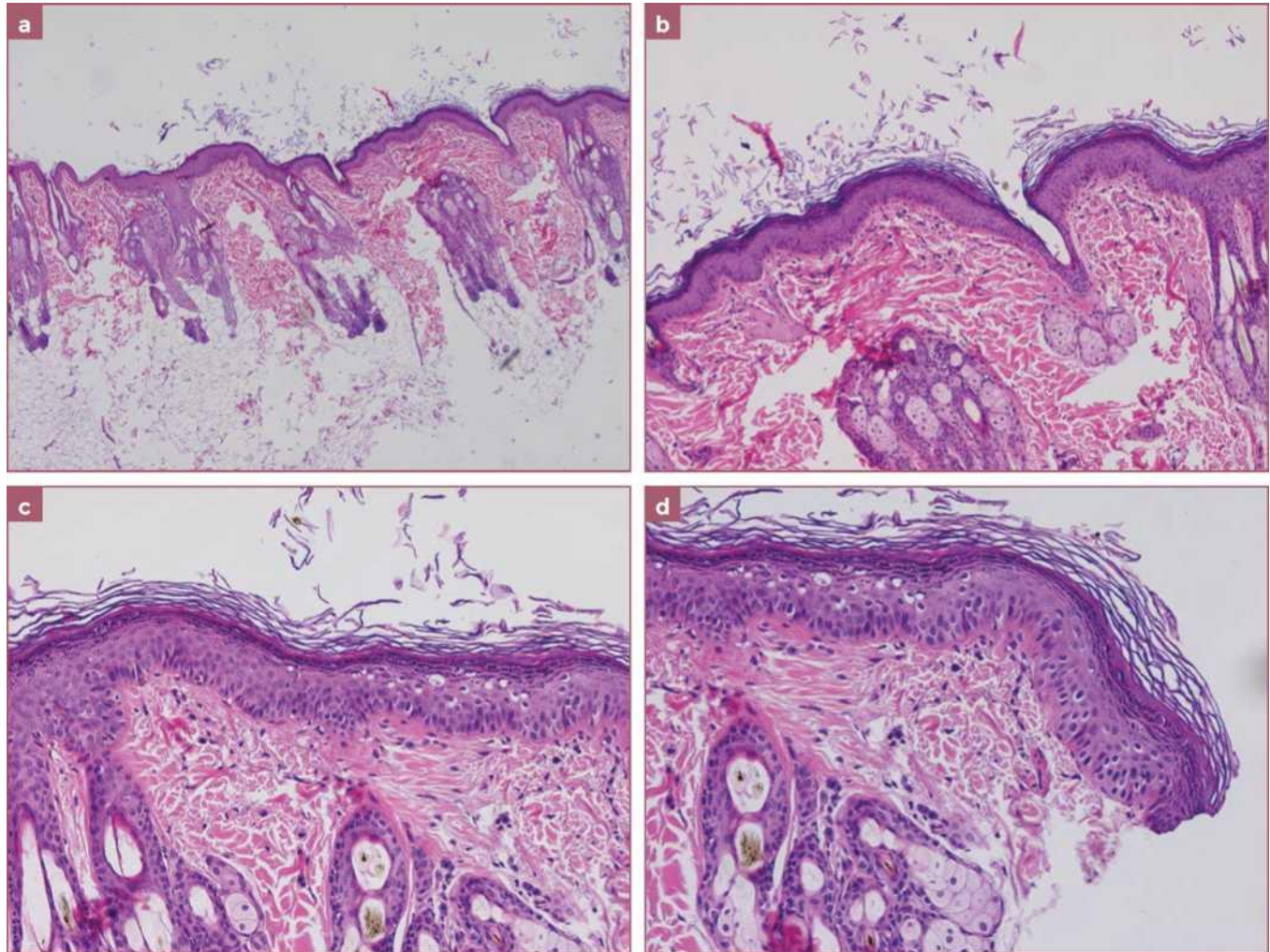


Figura 3. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină și eozină (H&E). Hiperplazie epidermică cu koilocite dispersate și granule de keratohialină aglutinate. (4x-20x [ad]). Imagine oferită de Dr. F. Abramo (Universitatea de Medicină Veterinară din Pisa, Italia).

CASO 8. LESIONES MÚLTIPLES PIGMENTADAS EN UN GATO

Pentru a investiga o posibilă etiologie legată de un papilomavirus, s-a efectuat detectarea imunohistochimică a biomarkerului P16. Unele celule epidermice au exprimat biomarkerul (imunomarcare).

În final, s-a efectuat PCR pentru a amplifica secvențele de ADN ale virusului papiloma. Aceasta a permis identificarea ADN-ului virusului papiloma felin de tip 2 (*Felis catus* papilomavirus tip 2 ; FcaPV-2).

Toate aceste rezultate au indicat hiperplazie epidermică și displazie cu hipergranuloză și prezența granulelor gigantice. Prin urmare, diagnosticul de plăci virale multiple a fost confirmat.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Au fost luate în considerare mai multe opțiuni de tratament. Cu toate acestea, având în vedere amploarea leziunilor, inițial s-a recomandat monitorizarea, iar leziunile au rămas neschimbate timp de câteva luni. La momentul scrierii acestui articol, pisica nu dezvoltase alte semne clinice asociate cu infecția cu papilomavirus.

CONSIDERAȚII

Acest caz clinic este atipic în ceea ce privește distribuția și extinderea plăcilor virale. În plus, deși s-a emis teoria că unele plăci virale pot progresa spre carcinom bowenoid *in situ*, până în prezent nu a fost detectată nicio progresie clinică a leziunilor la această pisică Sphynx. Cu toate acestea, la această rasă și la rasa strâns înrudită Devon Rex a fost descrisă o evoluție mai agresivă a infecției.

Plăcile virale și carcinomul bowenoid *in situ* (BCIS) se dezvoltă frecvent la pisicile adulte sau geriatrice. Deși pot apărea oriunde pe corp, leziunile se găsesc de obicei pe față, cap și gât, atât în zone cu păr, cât și fără păr, pigmentate sau nepigmentate. Cu toate acestea, în timp ce plăcile virale tipice sunt ușor ridicate, fără păr și de obicei cu diametrul mai mic de 1 cm, leziunile asociate cu BCIS sunt mai proeminente, mai mari și acoperite cu solzi groși. Examinarea histologică a plăcilor virale relevă de obicei hiperplazie epidermică cu koilocite (keratinocite cu citoplasmă umflată și nuclei micșorați) și granule de keratohialină aglutinate: aceste caracteristici reprezintă cele mai caracteristice efecte citopatice ale plăcilor virale. În schimb,

în carcinomul bowenoid *in situ*, se dezvoltă în mod normal o hiperplazie epidermică mai marcată, extinzându-se în infundibulele foliculare cu proliferare ascendentă a keratinocitelor *in situ*, pierderea polarității nucleare, nuclei alungiți, prezența koilocitelor și activitate mitotică moderată.

Acest caz a demonstrat o prezentare clinică atipică și un model lezional atipic al plăcilor virale într-o infecție cu papilomavirus. Leziunile au fost complet plate, hiperpigmentate, simple sau confluențe în unele cazuri și diseminate în diferite regiuni ale corpului, de la cap până la trunchi, dând pielii un aspect pătat. Folosind o combinație de histologie, imunohistochimie și tehnici PCR, a fost posibilă identificarea FcaPV ca o cauză potențială a acestor leziuni. În cele din urmă, se știe că plăcile virale se pot rezolva spontan, pot rămâne staționare și nu progresează sau pot crește în dimensiune foarte lent. Cu toate acestea, mecanismele evoluției potențiale a infecției nu sunt clar înțelese. La această pisică Sphynx, din cauza extinderii leziunilor, nu a fost posibil să se propună niciun alt tratament în afară de monitorizarea progresiei acestora. Contrar așteptărilor, pacientul a rămas stabil timp de câteva luni după diagnosticare.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Rasele Sphynx și Devon Rex (acesta din urmă strâns înrudit cu primul) sunt predispuse la dezvoltarea carcinomului bowenoid *in situ* la o vârstă fragedă. Cu toate acestea, deși predispoziția genetică este atribuită susceptibilității crescute la infecțiile cu papilomavirus, se crede, de asemenea, că ar putea exista o sensibilitate crescută la razele UV sau la un alt mecanism decisiv pentru dezvoltarea acestei boli, dar acești factori sunt încă în curs de investigare.

În acest caz specific, tipul leziunilor și distribuția acestora sunt două elemente cheie (Fig. 4). Deși au rămas staționare o perioadă de timp, leziunile la acest pacient erau complet plate și distribuite pe întreaga suprafață corporală, la o rasă probabil predispusă la infecții cu papilomavirus.



INFECȚIA CU HPV

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Papilomavirusurile sunt virusuri ADN epiteliotrope capabile să infecteze mamiferele și multe alte vertebrate. Majoritatea sunt specifice speciei. Primele raportări de papilomatoză la pisici datează din 1990. De atunci, utilizarea histologiei, imunohistochimiei și tehnicilor PCR a relevat faptul că papilomavirusurile provoacă o mare varietate de leziuni cutanate, de la papiloame orale la plăci virale și carcinom Bowenoid *in situ*. În plus, există tot mai multe dovezi că papilomavirusurile joacă un rol crucial în dezvoltarea carcinomului scuamos felin invaziv.

Până în prezent, au fost descrise cinci tipuri diferite de FcaPV. Pisicile sunt, de asemenea, gazde definitive ale papilomavirusului bovin (BPV)-14, care provoacă sarcoide la feline.

Printre papilomavirusurile descrise la pisici, FcaPV-2 este cel mai frecvent asociat cu plăci virale și leziuni compatibile cu carcinomul bowenoid *in situ*, deși pot fi implicate și FcaPV-3 și FcaPV-5. Se crede că pisoi se infectează în jurul nașterii, deoarece mama elimină virusul. Odată ce epiteliul stratificat este infectat, papilomavirusul este capabil să se reproducă într-un mod dependent de celule în cadrul keratinocitelor normale prin stimularea diviziunii celulare. Acest virus poate influența comportamentul celular și poate induce dezvoltarea de leziuni care inițial pot fi non-neoplazice, dar ulterior devin neoplazice. Cu toate acestea, majoritatea infecțiilor cu papilomavirus la pisici sunt asimptomatice. În plus, leziunile nu progresează de obicei, iar unele pot chiar să se rezolve spontan fără tratament. Toate aceste observații rămân doar teoretice, iar mecanismele care influențează progresia bolii nu sunt încă pe deplin înțelese.

TRATAMENT

Rezecția chirurgicală a leziunilor ar fi tratamentul curativ, dar pot apărea altele noi. S-a încercat tratamentul cu terapii medicale precum laserul CO2, crioterapia și imunoterapia, cu succes limitat.

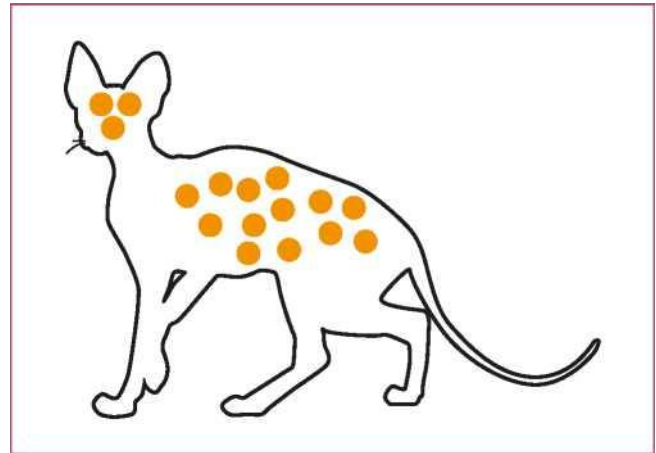


Figura 4. Plăcile virale erau plate și distribuite pe scară largă pe suprafața corpului acestei pisici Sphynx, o rasă care, întâmplător, este predispusă la infecțiile cu papilomavirus. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 8. LESIONES MÚLTIPLES PIGMENTADAS EN UN GATO

Tabelul 1. Pete hiperpigmentate în dermatofitoză

Dermatofiții sunt un grup de ciuperci filamentoase înrudite atât filogenetic, cât și ecologic, capabile să infecteze structurile pielii keratinizate. Dermatoftoza se caracterizează printr-o varietate de semne clinice, în special la pisici. Leziunile clasice includ apariția unor zone alopecice cu solzi sau cruste, în special pe cap și membrele anterioare. La rasele fără păr, leziunile pot fi și pete hiperpigmentate (Fig. 5). În unele cazuri, leziunile pot lua forma unor papule mici, eritematoase, crustoase, similare cu cele observate în dermatita miliară, sau leziuni nodulare numite pseudomicetoame dermatofitice. O formă atipică de dermatofitoză a fost descrisă și la rasele cu păr scurt (Devon Rex) sau fără păr (Sphinx). Această prezentare este definită ca dermatită eozinofilă/mastocitară (urticarie pigmentată) și, deși este de obicei considerată un model comun în mai multe boli, inclusiv alergii, a fost asociată și cu dermatofitoza.

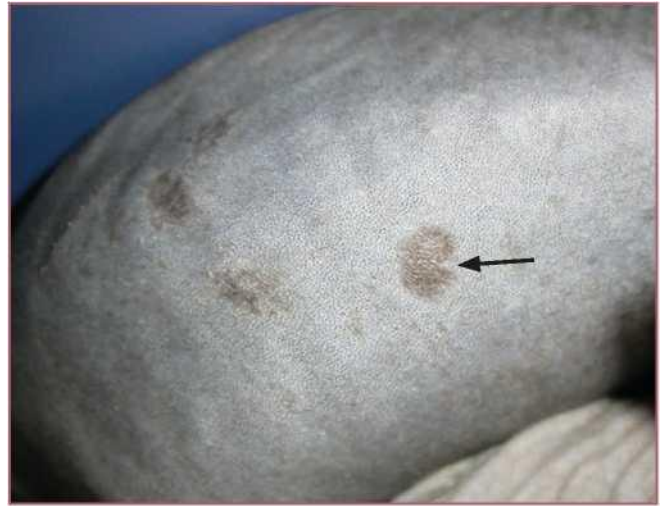


Figura 5. Gato de raza Sphinx con dermatofitosis. Se señala una mancha hiperpigmentada.

CASO 9

DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ GENERALIZATĂ LA UN CÂINE

CAZUL 9. DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ GENERALIZATĂ LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: metis
- Vârstă: 7 ani
- Sex: feminin
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

Medicii veterinari nu trebuie doar să fie la curent cu cele mai recente actualizări și descrieri ale bolilor, ci trebuie să fie capabili să distingă o patologie de alta cu caracteristici clinice similare. În acest sens, medicii veterinari trebuie să aibă cunoștințele și capacitatea de a combina datele clinice, clinicopatologice și histopatologice pentru a ajunge la un diagnostic definitiv. O altă abilitate esențială este luarea deciziilor, deoarece rezultatele se pot schimba dramatic în funcție de testele de diagnostic efectuate.

ANAMNEZĂ

Această cățelușă prezenta descumări și chelie încă de la vârsta de 2 ani. În următorii 5 ani, au fost încercate diverse tratamente cu antibiotice și corticosteroizi, dar s-a obținut doar o îmbunătățire parțială și temporară. Nu primise niciun tratament în ultimele 6 luni. Câinele a început să dezvolte ulcere cu mâncărime și sângerări în regiunea lombară. Celelalte leziuni existente s-au agravat.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

La palpare s-a detectat limfadenomegalie moderată a tuturor ganglionilor limfatici palpabili.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Numeroși solzi mari, de culoare maro deschis sau albi, au fost observați pe o zonă foarte extinsă de chelie a trunchiului (spate, regiune lombară, partea laterală a toracelui), precum și pe cap și bot (Fig. 1a și b). În unele zone, solzii se suprapuneau chiar în mai multe straturi (Fig. 1c). În zonele fără solzi, pielea era eritematoasă, netedă și lucioasă, ca și cum ar fi fost țesut cicatricial (Fig. 1d). De asemenea, au fost observate cruste groase, roșii, aderente la pielea de pe spate și regiunea lombară (Fig. 1a).

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, a fost luată în considerare următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Leishmanioza canină.
- Lupus eritematos cutanat.
 - Lupus eritematos discoid generalizat (GLED).
- Eritem multiform hiperkeratotic.
 - Asociat/indus de medicamente
 - Idiopatică.
- Dermatopatie ischemică generalizată (vezi tabelul 1).
- Limfom epiteliotrop cutanat.

CASO 9. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA EN UN PERRO



Figura 1. Alopecie, eritem și descuamare pe zona dorsală a trunchiului și pe lateralul toracelui (a). Leziuni pe zona dorsală a planului nazal și a capului (b). Același tip de leziuni sunt prezente și pe cealaltă parte, cu o distribuție simetrică. Detaliu al trunchiului care prezintă piele hipopigmentată, țesut cicatricial și mai multe straturi de scuame în regiunea lombară (cd).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea microscopică a părului.
- Mai multe zgârieturi profunde ale pielii.
- Citologie.
 - Imprimare directă a unei mostre prelevate de sub o crustă.
 - Aspirație cu ac fin a unui ganglion limfatic mărit.
- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric prin electroforeza proteinelor serice.
- Analiza urinei.
- Test de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania*.
- Biopsii cutanate.

REZULTATE

- Examinarea microscopică a părului și a racletelor profunde ale pielii a fost negativă.
- Citologie:
 - Proba citologică prelevată de sub o crustă a relevat prezența unor globule roșii intercalate cu câteva neutrofile, macrofage și unele limfocite.
 - Rezultatele citologiei ganglionilor limfatici poplitei și prescapulari au indicat prezența unei reacții inflamatorii. Nu au fost identificate amastigote de *Leishmania*.
- Hematologia, analizele biochimice și analiza urinei au fost normale.
- Nu s-au detectat anticorpi anti-*Leishmania*.
- Evaluarea histopatologică a identificat o hiperplazie epidermică ușoară și o hiperkeratoză lamelară ortokeratotică marcată. În epidermă s-a observat o degenerare marcată și difuză a keratinocitelor bazale cu vacuolizare hidropică și numeroase keratinocite apoptotice (dermatită de interfață) (Fig. 2a). La nivelul joncțiunii dermoepidermice s-au detectat un infiltrat limfocitar ușor (dermatită de interfață cu celularitate redusă) și incontinență pigmentară (Fig. 2b). Din cauza deteriorării celulelor bazale, s-a observat în unele zone dezlipire între derm și epidermă cu formarea de vezicule subepidermice (Fig. 2c). Foliculii de păr, glandele sebacee și glandele apocrine au fost absente sau sever atrofiate. Pentru a confirma constatările histopatologice care ar

putea fi parțial compatibile cu leishmanioza, s-au efectuat teste PCR în timp real și imunohistochimice pentru a detecta *Leishmania* spp. în...

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

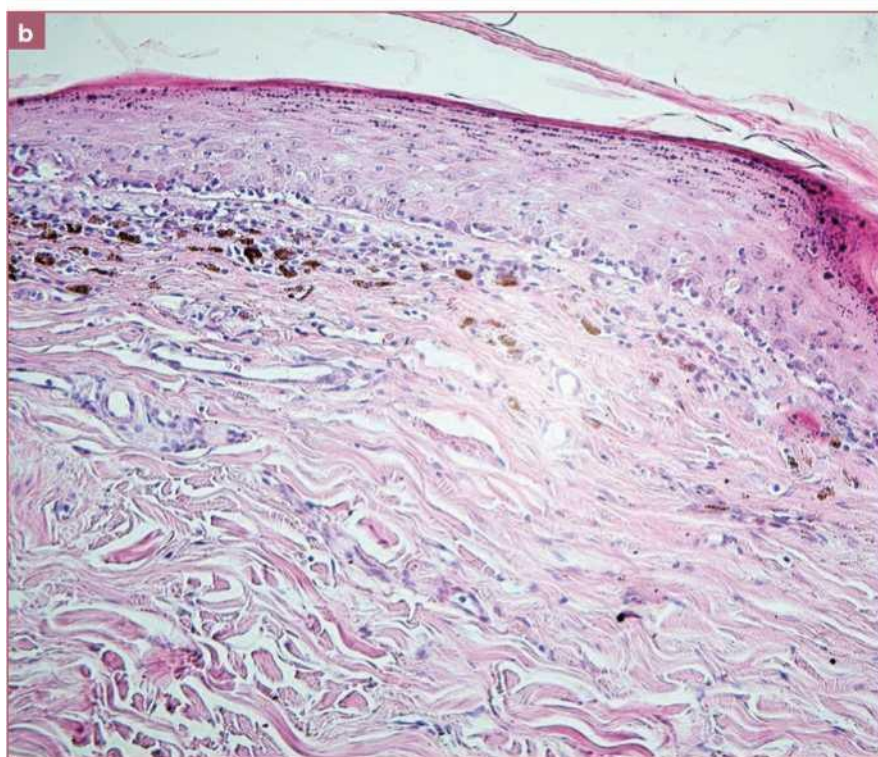
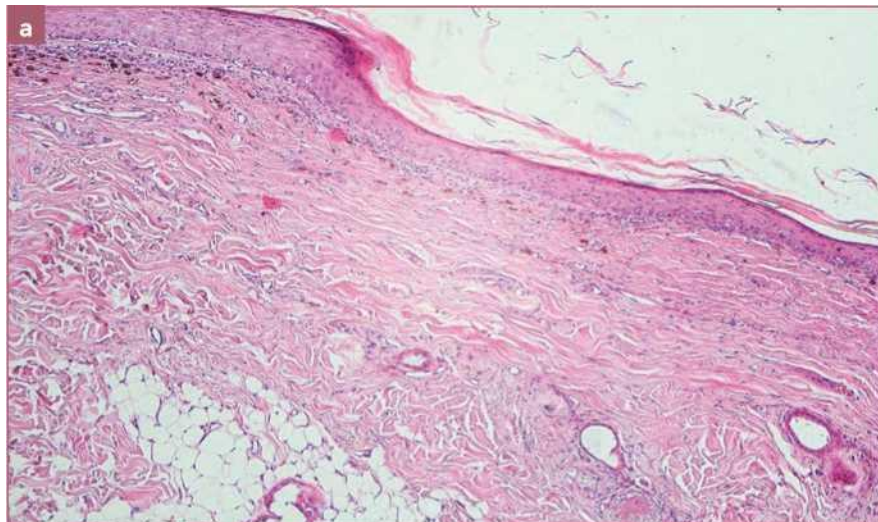
Tratamentul a fost inițiat cu prednisolon oral, în doză de 1 mg/kg de două ori pe zi. Proprietarul a fost instruit să îmbăieze câinele la fiecare 2-3 zile cu un șampon keratolitic care conține sulf, acid lactic și acid salicilic. De asemenea, în dietă au fost adăugați acizi grași esențiali omega-6 și omega-3, în doze și proporții disponibile comercial. Câinele a fost programat pentru o consultație de urmărire după 14 zile. Eritemul se ameliorase, numărul de scuame se redusese ușor, iar părul începuse să crească la loc în unele zone (Fig. 3a și 3b).

muestras de piel. Ambas fueron negativas.

Todos estos resultados apuntaban a un diagnóstico de lupus eritematoso discoide generalizado (LEDG).



CASO 9. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA EN UN PERRO



CASO 9. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA EN UN PERRO

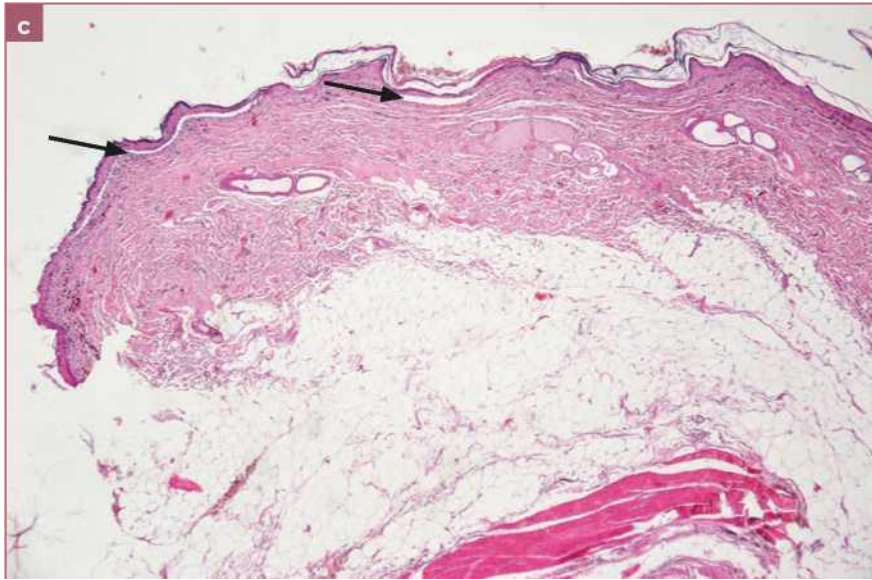


Figura 2. Constatări dermatopatologice. Colorare cu hematoxilină și eozină (H&E). Se observă o dermatită de interfață cu degenerare severă a keratinocitelor bazale, vacuolizare hidropică și un număr mare de keratinocite apoptotice (20x [a]). Există, de asemenea, o dermatită de interfață ușoară cu limfocite abundente la jonțiunea dermo-epidermică, incontinență pigmentară (40x [b]) și formarea de vezicule subepidermale (săgeți) din cauza deteriorării celulelor bazale (10x [c]). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

CASO 9. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA EN UN PERRO

S-a decis continuarea aceluiași tratament și a fost programată o vizită de urmărire pentru două săptămâni mai târziu. La controlul de urmărire, animalul a prezentat o oarecare ameliorare, dar a început să prezinte semne acute de poliurie/polidipsie, polifagie și scaune moi. Aceste semne au fost atribuite utilizării corticosteroizilor, astfel încât doza de prednisolon a fost redusă la 1,5 mg/kg o dată pe zi. Cu toate acestea, au continuat să apară noi leziuni cutanate. Ciclosporina A a fost adăugată la schema de tratament pe cale orală, în doză de 5 mg/kg o dată pe zi, iar doza de prednisolon a fost redusă la 1 mg/kg zilnic. După 10 zile, animalul a început să prezinte vărsături și diaree, care nu s-au ameliorat cu tratamentul simptomatic, așa că s-a decis întreruperea tratamentului cu ciclosporină A. Același protocol a fost încercat a doua oară, dar cu aceleași efecte adverse. S-a încercat mai întâi hidroxiclorochina, urmată ulterior de doxiciclină combinată cu niacinamidă, dar fără rezultate concludente privind controlul bolii. Câinele a fost tratat topic cu îmbăieri săptămânale folosind un șampon keratolitic și administrarea de acizi grași esențiali în dietă. Când leziunile s-au agravat, i s-au administrat corticosteroizi pentru o perioadă scurtă de timp.

CONSIDERAȚII

Înțelegerea actuală a diferitelor forme de lupus eritematos cutanat canin face importantă, dacă nu obligatorie, familiarizarea medicilor veterinari cu toate caracteristicile clinice ale tipurilor și subtipurilor cunoscute ale acestei boli. Numai în acest fel pot diagnostica boala precoce. Mai exact, aceștia trebuie să fie familiarizați cu forma cutanată, forma facială „clasică” a lupusului eritematos discoid, care este localizat în principal pe planul nazal (Fig. 4a-c), și forma generalizată. Deși tabloul clinic este destul de caracteristic, un diagnostic definitiv necesită demonstrarea tuturor caracteristicilor histopatologice în biopsiile cutanate.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Semnele clinice includ descumare și alopecie cicatricială. Aceste leziuni (dermatită descumată severă și zone de dermatită cicatricială) indică un diagnostic de dermatită leucocitară cutanată (LEDG).



Figura 3. După 14 zile de tratament cu prednisolon și băi cu șampon keratolitic, animalul a prezentat mai puțin eritem și descumare pe trunchi (a). Părul de pe față începea să crească la loc (b).

CASO 9. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA EN UN PERRO



Figura 4. Câine ciobănesc de Shetland cu modelul facial „clasic” al lupusului eritematos canin (LCE). Leziunile sunt situate pe planul nazal. Se observă hipopigmentare, pierderea modelului reticular și apariția de scuame, cruste și eroziuni (ac).

LUPUS ERITEMATOSZ DISCOID GENERALIZAT

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune inflamatoria recurrente crónica con dos formas clínicas: lupus eritematoso cutáneo (LEC) y lupus eritematoso sistémico (LES). En personas, ambas formas pueden aparecer de forma separada o conjunta y la LEC suele evolucionar a LES. Sin embargo, en perros, es poco habitual que la forma cutánea evolucione a sistémica. En la especie humana se ha demostrado que existe una predisposición genética. En la forma canina también se sospecha, ya que algunas razas tienen mayor predisposición a desarrollar ciertas variantes. La exposición a la luz UV es uno de los desencadenantes ambientales principales. Recientemente, se ha propuesto y publicado una clasificación de la forma cutánea canina a partir de la que existe para el lupus cutáneo humano. La LEC canina tiene cuatro subtipos:

- Lupus eritematoso cutáneo vesicular (LECV).
- Lupus eritematoso cutáneo exfoliativo (LECE).
- Lupus eritematoso cutáneo mucocutáneo (LEMC).
- Lupus eritematoso cutáneo discoide (LECD), con dos formas: facial (clásica) y generalizada (LEDG).

En los casos que se han descrito de LEDG, las lesiones eran placas y máculas hipo e hiperpigmentadas, cubiertas de escamas con bordes eritematosos o hiperpigmentados. Su distribución tiende a ser generalizada o multifocal en cuello, dorso, tórax lateral y ventral con, en ocasiones, afectación de las uniones mucocutáneas. En algunos pacientes es posible observar un patrón hiperpigmentado reticulado y difuso, mientras que en las áreas cicatriciales atróficas puede producirse tanto hiperpigmentación como despigmentación. Las principales enfermedades que hay que incluir en el diagnóstico diferencial son leishmaniosis canina, eritema multiforme (forma hiperqueratósica) y dermatopatía isquémica. El diagnóstico se basa en la anamnesis y los hallazgos clínicos. La confirmación se hace mediante histopatología. En la mayoría de los casos se observa una dermatitis de interfase rica en linfocitos y foliculitis. La inmunofluorescencia directa realizada con muestras incluidas en parafina normalmente revelan depósitos de inmunoglobulinas IgG en la unión entre la dermis y la epidermis.

TRATAMIENTO

Evitar el sol y usar un protector solar de factor alto (mínimo SPF 50) es la primera línea de acción para tratar todas las formas de LEC, incluida la LEDG. La exposición a la luz UV puede propiciar la aparición de nuevas lesiones o empeorar las ya existentes. El tratamiento farmacológico que ha demostrado tener los mejores resultados se basa en la administración de corticoides sistémicos a dosis inmunosupresoras (1-2 mg/kg de prednisolona). La mayoría de los pacientes recaen cuando se reduce esta dosis. Otros tratamientos complementarios o alternativos, además de los corticoides que han demostrado cierta eficacia ante la LEDG, son la ciclosporina A por vía oral (5 mg/kg, una vez al día), la hidroxicloroquina por vía oral (5 mg/kg, una vez al día) y la asociación de tetraciclina con niacinamida (ambas por vía oral a una dosis de 250 mg cada 8 horas en perros < 10 kg o de 500 mg cada 8 horas en perros > 10kg). La tetraciclina puede sustituirse por doxiciclina, pero no hay estudios que establezcan la equivalencia de eficacia. Si las lesiones son localizadas, se puede aplicar una pomada de tacrolimus al 0,1 % por vía tópica para ayudar a resolver o mantener las lesiones cutáneas. El uso de otros fármacos inmunosupresores como la azatioprina y el mofenolato de mofetilo para el control a largo plazo de la LEDG debe reservarse para casos refractarios y requiere más estudios.

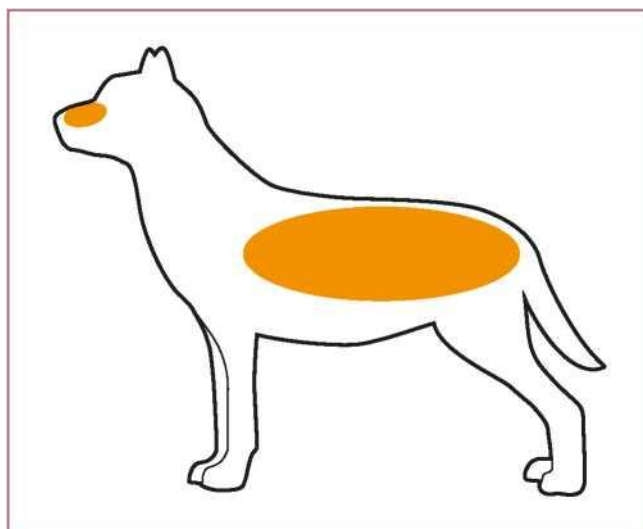


Figura 5. En el LEDG, las lesiones tienden a ser generalizadas o multifocales en cuello, dorso, tórax lateral y ventral con, en ocasiones, afectación de las uniones mucocutáneas. El dibujo muestra la distribución de las lesiones de este caso.

Tabelul 1. Alopecie cicatricială.

Prezenta cicatricilor centrale atrofice sau hipertrofice, depigmentate sau hiperpigmentate, este una dintre cele mai caracteristice caracteristici ale alopeciei cutanate (LGD). Alopecia cicatricială se referă la leziuni cutanate netede și lucioase, în care foliculii de păr au fost distrusi ireversibil și înlocuiți cu țesut fibros. Diagnosticul definitiv este de obicei histopatologic, deși aspectul acestor leziuni este foarte caracteristic ochiului liber (Fig. 6). Cealaltă afecțiune care ar trebui inclusă în diagnosticul diferențial pentru aceste leziuni particulare, cu condiția să nu existe alte modificări care să fi deteriorat permanent foliculii de păr prin procese cicatriciale (de exemplu, arsuri, traumatisme sau ulcere profunde), ar fi dermatopatia ischemică (Fig. 7).



Figura 6.



CASO 10

DERMATITĂ EXUDATIVĂ GRAV LA O PISICĂ

CAZUL 10. DERMATITĂ EXUDATIVĂ SEVERĂ LA O PISICĂ

RECENZIE

- Specie: felină
- Rasă: Păr scurt european comun
- Vârstă: 8,7 ani
- Sex: mascul castrat
- Stil de viață: Interior

INTRODUCERE

Deși această tulburare are o incidență scăzută la pisici, este destul de ușor de diagnosticat. Diagnosticul se bazează pe istoricul pacientului, semnele clinice, caracteristicile histopatologice și comportamentul biologic al cauzei subiacente. Medicul veterinar trebuie să poată distinge tipul de leziuni care apar în această afecțiune, să le diferențieze de altele și să nu aibă nicio îndoială cu privire la procedurile de diagnostic care trebuie aplicate.

ANAMNEZĂ

Acum zece zile, pisica a devenit brusc letargică. În plus, în momentul consultației, a prezentat edem acut la nivelul abdomenului ventral și al membrelor posterioare. Medicul veterinar de familie i-a prescris antibiotice orale (5 mg/kg enrofloxacină zilnic, timp de 1 săptămână), fără nicio ameliorare, și antiinflamatoare (0,5 mg/kg prednisolon zilnic, tot timp de 1 săptămână). Pisica a fost testată negativ pentru virusul imunodeficienței feline și virusul leucemiei feline (FIV-FelV).

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Pisica era ușor letargică. La palpate, abdomenul era umflat și fluctuant, iar animalul prezenta edem cu pustule la nivelul membrelor posterioare. Ganglionii limfatici erau măriți. Temperatura și mucoasele erau normale. Având în vedere comportamentul necooperant al animalului, s-a recomandat sedare înainte de a se continua cu testele rămase, inclusiv analizele de sânge preoperatorii.

EXAMEN DERMATOLOGIC

După rasul zonelor afectate, pielea s-a dovedit a fi umedă și acoperită cu lichid seros. Zona inflamată nu a fost clar delimitată. Pe partea ventrală a trunchiului, au fost detectate numeroase macule violet închis, eritematoase și serpiginoase, pe lângă echimoze (Fig. 1a și b). La nivelul membrelor posterioare, a existat un edem pronunțat, cu punctii (Fig. 2).

Diagnostic diferențial

Pe baza constatărilor clinice, afecțiunile care ar trebui incluse în diagnosticul diferențial sunt:

- Boli inflamatorii ale țesutului adipos, cum ar fi paniculita sau steatita.
- Neoplasme cutanate precum limfosarcoamele cutanate, mastocitoamele sau tumorile peritoneale (mezoteliom, carcinosarcom) (vezi tabelul 1).
- Peritonită și pancreatită cu afectare secundară a epiploonului.
- Din cauza revărsatului și edemului, s-a luat în considerare și posibilitatea hipoproteinemiei și vasculitei.

CASO 10. DERMATITIS EXUDATIVA CRAVE EN UN GATO

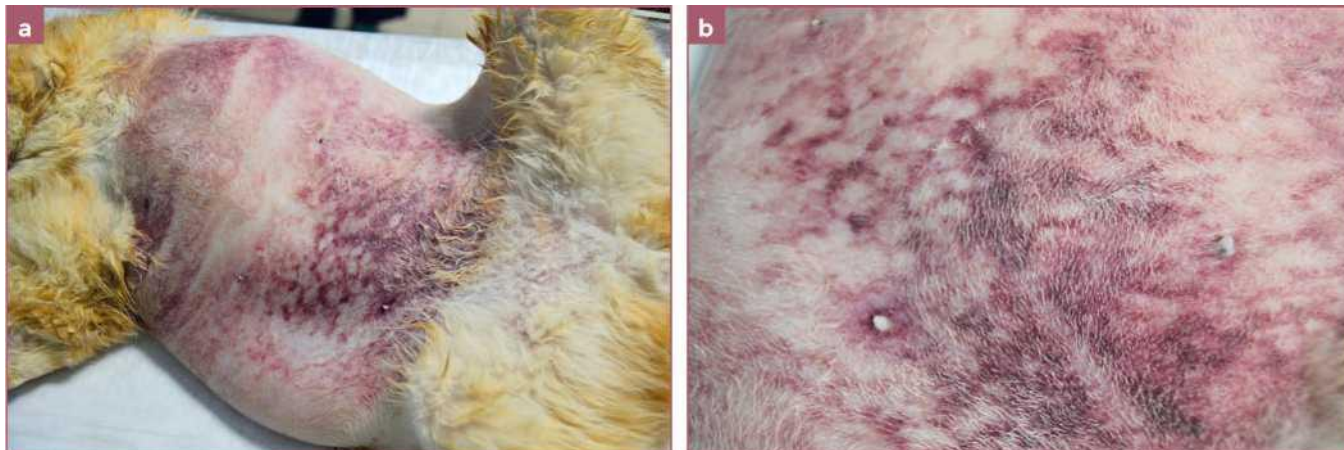


Figura 1. Imagen del gato de este caso, afectado por numerosas máculas de un color violeta oscuro, eritematosas y serpiginosas, y equimosis en la parte ventral del tronco (a y b).



Figura 2. Edema agudo en las extremidades posteriores del mismo gato.

- Radiografii ale extremităților.

- Radiografii toracice.
- Ecocardiografie.
- Ecografie abdominală.

REZULTATE

- Citologie cutanată: rezultatele au fost normale.
- Citologia ganglionilor limfatici: rezultatele au fost în concordanță cu ganglioni limfatici reactivi și edematoși.
- Rezultatele hemoleucogramei și profilului biochimic nu au arătat modificări majore, cu excepția unei concentrații de proteine ușor mai mici decât în mod normal (43 g/l; interval de referință: 59-87 g/l).
- Analiza de urină a fost normală.
- Radiografiile extremităților au relevat doar un edem moderat al țesuturilor moi, fără leziuni osoase. Radiografia toracică a fost, de asemenea, normală.
- Ecocardiografie: nu s-au constatat anomalii.
- Ecografie abdominală: revărsat peritoneal minim. Ganglionii limfatici mezenterici au prezentat modificări și s-a observat un nodul hepatic (Fig. 3). În timpul procedurii, s-a decis recoltarea unei probe hepatice pentru citologie. Rezultatele au evidențiat un proces degenerativ hidropic-glicogenic, probabil datorat hipoxiei sau acumulării de glicogen (din cauze endogene sau exogene). Acest proces degenerativ este observat și în hiperplazia nodulară benignă.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Citologie prin apoziție a pielii abdominale (a lichidului seros prezent la suprafața pielii).
- Aspirația și citologia ganglionilor limfatici poplitei.

Studiu histopatologic și cultură microbiologică a biopsiilor cutanate prelevate de la membrele posterioare și zona abdominală. Biopsiile au fost prelevate sub anestezie.

În scopul detectării oricărei alte boli subiacente și al interpretării posibilelor semne clinice non-dermatologice, s-a decis, de asemenea:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.

CASO 10. DERMATITIS EXUDATIVA CRAVE EN UN CATO



Figura 3. Ecografie abdominală (parenchim hepatic). Se observă un nodul hepatic.

- Culturile microbiologice nu au arătat nici prezența ciupercilor sau bacteriilor.
- Constatări dermatopatologice: edem marcat și difuz la nivelul membrelor posterioare. Proba prelevată din pielea abdomenului a evidențiat edem extins la nivelul dermului, cu infiltrarea spațiilor vasculare neregulate, căptușite de un singur strat de celule endoteliale tumefiate, cu nuclei pleomorfi, ovali, hiper cromatici. În plus, nucleolii erau evidenți, dar foarte variabili și se extindeau prin fasciculele de collagen subcutanate dermice și interlobulare, susținuți de trabecule de collagen edematoase. Globulele roșii erau foarte rare sau absente. Acest lucru, împreună cu edemul stromal cu infiltrație limfoplasmocitară, a sugerat diagnosticul de limfangiosarcom (Fig. 4a-d).

Întrucât celulele endoteliale limfatice sunt similare din punct de vedere histologic cu celulele endoteliale vasculare, testarea imunohistochimică ar fi fost necesară. Cu toate acestea, în acest caz clinic, teste suplimentare nu au fost posibile.

Toate aceste rezultate au fost în concordanță cu prezența unei tumori în țesutul subcutanat al membrelor și abdomenului ventral, probabil originară din celulele endoteliale limfatice.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Din cauza progresiei edemului și a deteriorării rapide a stării generale a animalului, proprietarii au decis eutanasia acestuia.

CONSIDERAȚII

Deși au fost descrise foarte puține cazuri de limfangiosarcom felin, trebuie luate în considerare anumite aspecte. S-a demonstrat că acest neoplasm apare la pisici de orice vârstă și sex.

Aspectul clasic al unui limfangiosarcom este o masă fluctuantă, slab delimitată, cu edem extins în țesutul subcutanat. Originea limfatică poate fi demonstrată histologic și confirmată prin colorare imunohistochimică. Cei mai importanți markeri limfatici care ajută la distingerea celulelor endoteliale limfatice neoplazice de celulele endoteliale vasculare sunt:

- gena prospero homeobox 1 (PROX-1).
- Receptorul endotelial 1 al vaselor limfatice (LYVE-1).
- Podoplanină.

Deși acești markeri nu sunt întotdeauna disponibili, sensibilitatea lor ridicată facilitează diagnosticul pentru patolog. În plus, colorația periodică cu acid Schiff (PAS) sau microscopia electronică a țesutului neoplasic pot ajuta la determinarea discontinuității membranei bazale, care creează spații între celule și țesutul conjunctiv subiacent, dezvăluind astfel o origine limfatică (spre deosebire de țesutul neoplasic de origine vasculară, unde membrana bazală ar fi continuă).

Acest pacient era o pisică domestică de vârstă mijlocie, cu păr scurt, cu afectarea peretelui abdominal caudal și a părții mediale a membrelor posterioare. Cu toate acestea, deși tehnicile imunohistochimice nu au fost posibile în acest caz, următoarele caracteristici histopatologice au indicat o tumoră de origine limfatică și nu vasculară:

- Absența aproape totală a eritrocitelor în canalul neoplasic.
- Alinierea celulelor tumorale.
- Infiltrația limfocitelor în stromă.

În acest fel, acest caz clinic ar putea fi abordat în mod satisfăcător prin luarea în considerare a anamnezei, a semnelor clinice, a unora dintre constatările histopatologice și a comportamentului.

tumoră biologică.

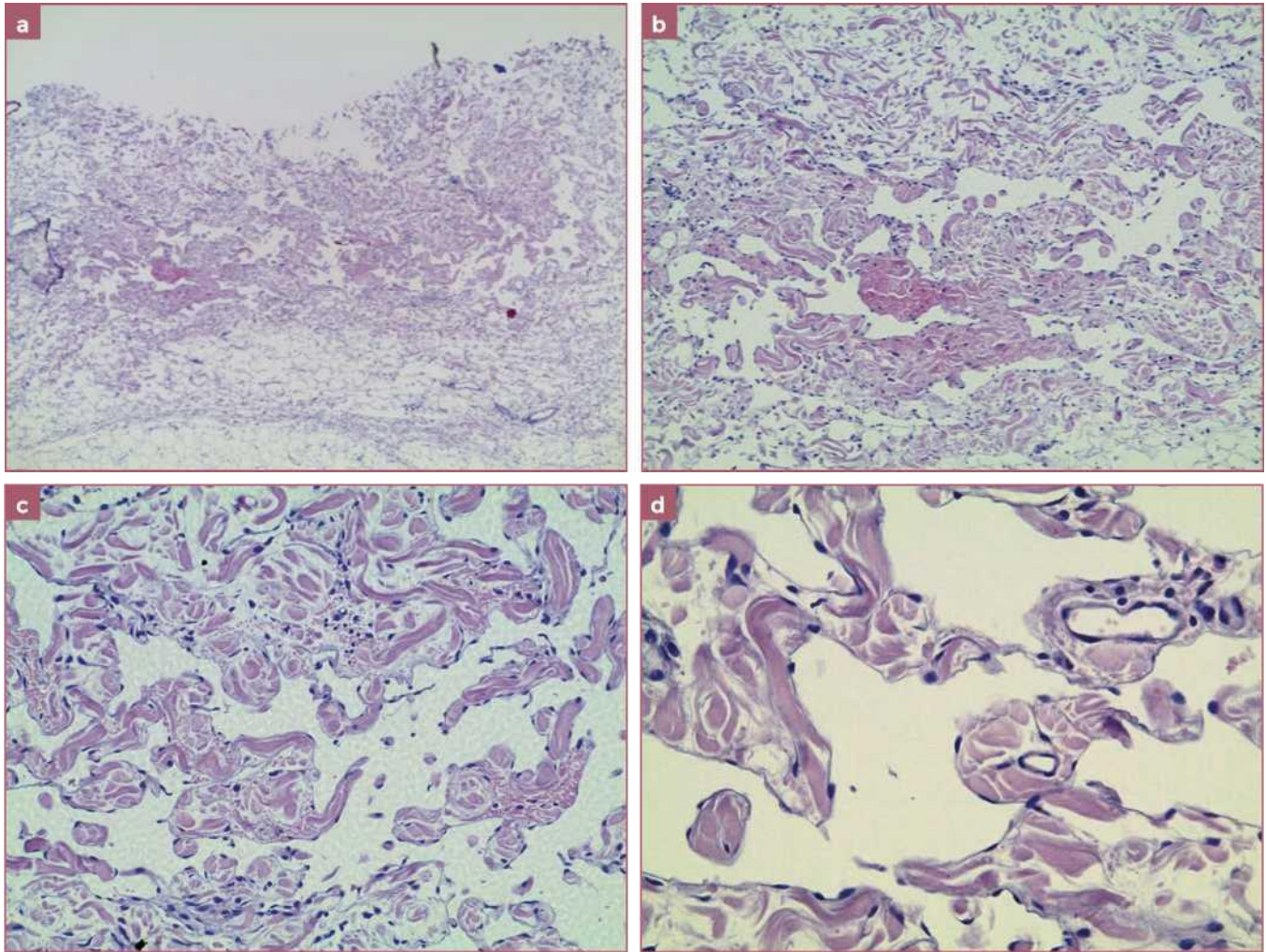


Figura 4. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxilină și eozină (H&E). Spații vasculare neregulate căptușite de un singur strat de celule endoteliale umflate și infiltrare de celule limfatice. (4x [a]; 10x [b]; 20x [c]; 40x [d]). Imagini oferite de Dr. L. Pazzini (Laboratorul La Vallonea, Italia).

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Cele mai izbitoare caracteristici cheie ale acestei afecțiuni cutanate sunt caracteristicile sale clinice. Atunci când abdomenul ventral este afectat și se observă o secreție seroasă limpede, cu sau fără limfedem asociat al membrelor posterioare și echimoză distală, trebuie suspectat limfangiosarcomul de origine limfatică. Histologic, prezența canalelor vasculare goale și a agregatelor limfocitare în stroma tumorii ar trebui să ridice suspiciunea acestui tip de neoplasm.

LIMFANGIOSARCOM

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Limfangiosarcomul este o neoplasmă malignă rară a celulelor endoteliale limfatice la om și animale domestice. Poate apărea oriunde în corp sunt prezente vase limfatice. Cu toate acestea, limfangiosarcomul felin apare cel mai frecvent în țesutul subcutanat al abdomenului caudoventral (Fig. 5). Din acest motiv, la această specie, această tumoră este adesea denumită „angiosarcom abdominal”. Examinarea macroscopică relevă de obicei îngroșarea și secrețiile seroase ale pielii în această zonă, asociate cu prezența maculelor eritematoase focale sau multifocale. Alte localizări posibile includ toracele și gâtul ventral, regiunile axilară și inghinală, spațiile interdigitale sau mezenterul, cu sau fără metastaze sistemice. Alte semne clinice care pot fi sau nu prezente includ letargia, anorexia, febra, pierderea în greutate, vărsăturile, dispneea sau tahipneea, de obicei asociate cu chilotorax în mediastinul cranian. Pacienții se prezintă de obicei într-un stadiu tardiv sau terminal al bolii. Diagnosticul se stabilește prin mai multe teste de diagnostic. Prognosticul este rezervat.

TRATAMENT

Acest tip de tumoră are un indice mitotic scăzut și rareori

metastazează, dar tratamentul este adesea nereușit și necesită îndepărtarea chirurgicală a tumorii înainte ca aceasta să se răspândească în țesutul subcutanat profund, combinată cu radioterapie sau chimioterapie. Cu toate acestea, având în vedere natura sa infiltrativă și dificultatea determinării marginilor chirurgicale, recidivele sunt frecvente, iar majoritatea pisicilor mor sau sunt eutanasiate între două săptămâni și câteva luni de la diagnosticare.

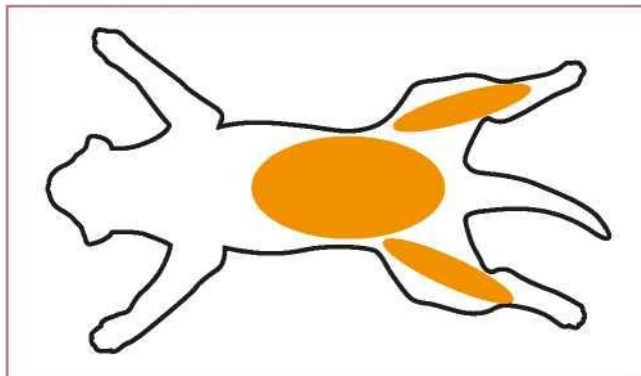


Figura 5. Limfangiosarcomul poate apărea oriunde în corp unde sunt prezente vase limfatice. Cu toate acestea, abdomenul caudoventral și membrele posterioare sunt zonele cele mai frecvent afectate. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 10. DERMATITIS EXUDATIVA CRAVE EN UN CATO

Paniculita este inflamația țesutului adipos subcutanat, de obicei asociată cu factori fizico-chimici, cum ar fi o contuzie (Fig. 6). Cu toate acestea, necroza și inflamația țesutului adipos (de exemplu, paniculita, steatita, pansteatita) pot rezulta și din aportul excesiv de acizi grași polinesaturați instabili prezenți în pește și subproduse din pește. De asemenea, poate fi legată de diverși agenți infecțioși, tulburări pancreatice, boli imunologice, vasculită și, în unele cazuri, poate fi chiar de origine sterilă sau idiopatică. Poate apărea o eroare de încadrare dacă medicul veterinar își bazează deciziile exclusiv pe prezentarea leziunilor, în special dacă sunt prezenți noduli și dacă aceștia sunt plați sau ridicați, ulcerati sau supuranți. Din acest motiv, diagnosticul trebuie să se bazeze pe un model decizional care să ia în considerare toate informațiile colectate pentru a le integra și interpreta.



Figura 6. Gato con paniculitis traumática.

CASO

DERMATITĂ LICHENOIDĂ LA CÂINE

CAZUL 11. DERMATITĂ LICHENOIDĂ LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Teckel
- Vârstă: 4 ani
- Sex: masculin
- Stil de viață: Interior/Exterior

INTRODUCERE

Leziunile descrise în acest caz clinic sunt neobișnuite atât prin aspect, cât și prin etiopatogenie. Această prezentare nu este în mod normal asociată cu o infecție bacteriană superficială, ceea ce face relativ ușoară diagnosticarea greșită. Sperăm că descrierea acestui caz va permite cititorilor să dobândească noi cunoștințe în dermatologia veterinară.

ANAMNEZĂ

Proprietarii acestui câine și-au adus animalul de companie la clinica de dermatologie pentru a fi evaluat pentru leziuni multifocale, ridicate, care începuseră să apară cu o lună înainte. Medicul veterinar trimitător a prescris tratament antifungic sistemic cu griseofulvină în doză de 10

mg/kg, o dată pe zi, timp de 14 zile, dar nu s-a observat nicio ameliorare. A fost apoi inițiat tratament antibiotic cu amoxicilină-acid clavulanic în doză de 20 mg/kg, de două ori pe zi, timp de 7 zile. S-a observat o ameliorare parțială, dar leziunile au reapărut imediat ce antibioticul a fost întrerupt. Aplicarea topică de clorhexidină de două ori pe săptămână a oferit doar o ameliorare parțială.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Nu s-au observat modificări semnificative.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Au fost identificate numeroase papule simple sau coalescente în plăci, situate în principal pe toracele ventral și zona axilară și, într-o măsură mai mică, pe abdomen și preput (Fig. 1a și b).

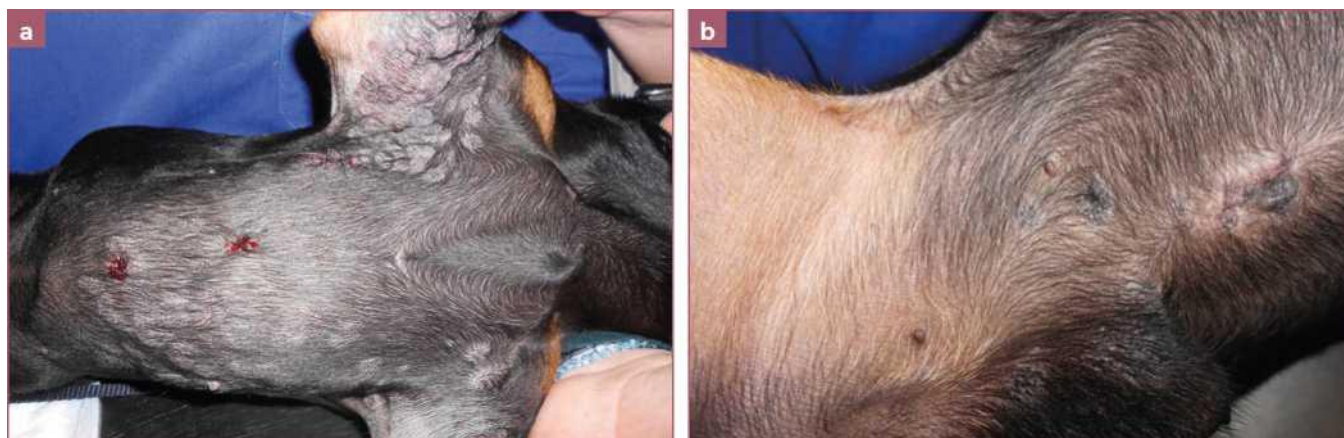


Figura 1. Prezența papulelor și a plăcilor distribuite pe toracele ventral și zona axilară (a). Plăci pigmentate, mai mici, izolate, pe abdomen și preput (b).

Pe bot și în spațiile interdigitale ventrale ale celor patru membre s-au observat papule alopecice (Fig. 2a și b). Au existat și alte leziuni, mai puțin numeroase și mai mari, cu o suprafață papilomatoasă și neregulată, adesea pigmentate (Fig. 2c).

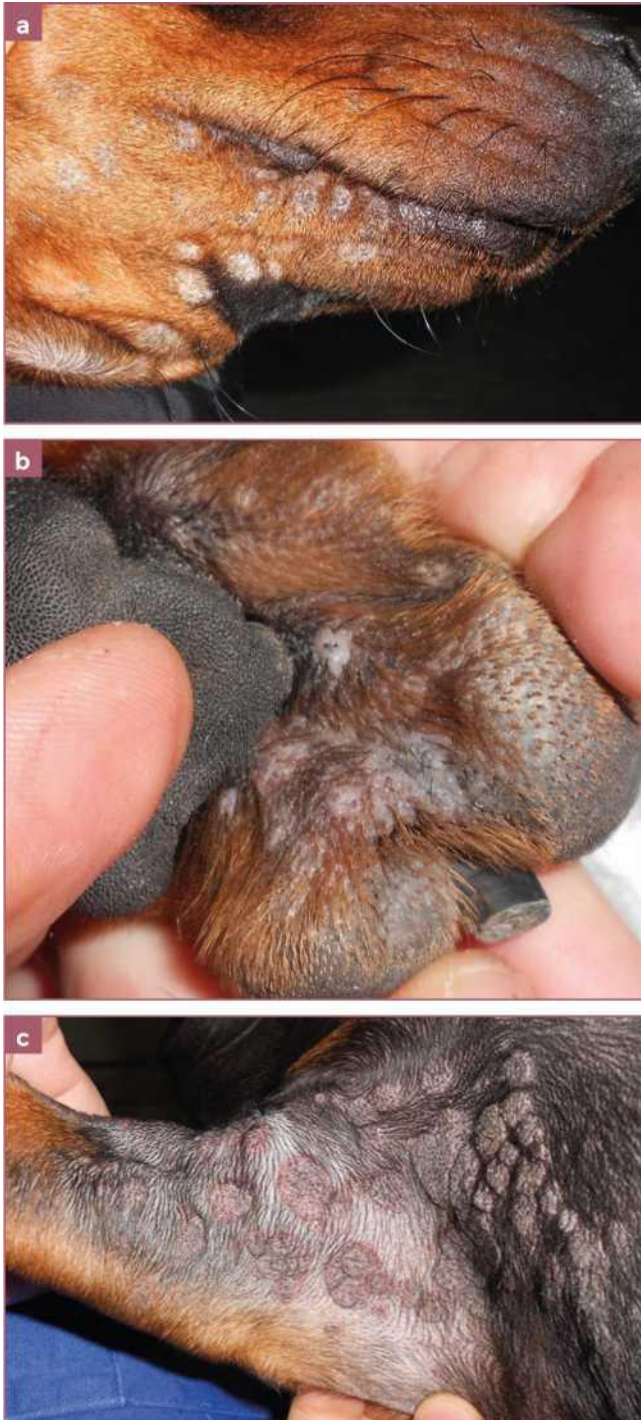


Figura 2. Papule alopecice pe bot (a) și pe un picior (b). Suprafață papilomatoasă neregulată și pigmentată (c).

Diagnostic diferențial

a fost inclusă următoarea listă de diagnostice diferențiale :

- Plăci virale pigmentate (vezi tabelul 1).
- Dermatoza lichenoidă psoriaziformă.
- Limfom cutanat (epiteliotrop sau non-epiteliotrop).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Citologie:
 - Amprentarea directă a leziunii: nu a fost considerată cea mai bună opțiune din cauza lipsei de exudat.
 - Testul cu bandă adezivă: Această tehnică de prelevare este cea mai potrivită pentru leziunile fără exudat.
 - Aspirația cu ac fin a uneia dintre plăci: permite obținerea de probe dintr-o leziune ridicată cu piele intactă și reprezintă o opțiune bună atunci când sunt prezente plăci.
- Mai multe biopsii cutanate.

REZULTATE

Citologia probelor recoltate prin apozitie și cu bandă adezivă a evidențiat prezența corneocitelor, unele dintre acestea având nucleu vizibil și granule de melanină (Fig. 3a). De asemenea, au fost observați numeroși coci, atât atașați de corneocite, cât și liberi pe lame (Fig. 3b).

Aspirația cu ac fin a uneia dintre plăci a evidențiat un număr mare de celule inflamatorii, în principal neutrofile, cu un număr moderat de coci. Examinarea histopatologică a relevat o hiperplazie epidermică neregulată marcată și dilatație foliculară cu hiperkeratoză ortokeratotică și parakeratoză focală. În unele zone, s-au observat pustule neutrofile subcorneene (Fig. 4a; vezi săgeata) și intraepidermale (Fig. 4b; vezi săgeata) cu cruste serocelulare sporadice și grupuri de coci. În derm, a fost evident un infiltrat dens, asemănător unei benzi, de limfocite și plasmocite, cu degenerare ocazională a celulelor bazale și asociat cu prezența unor celule apoptotice (Fig. 4a și 4b).

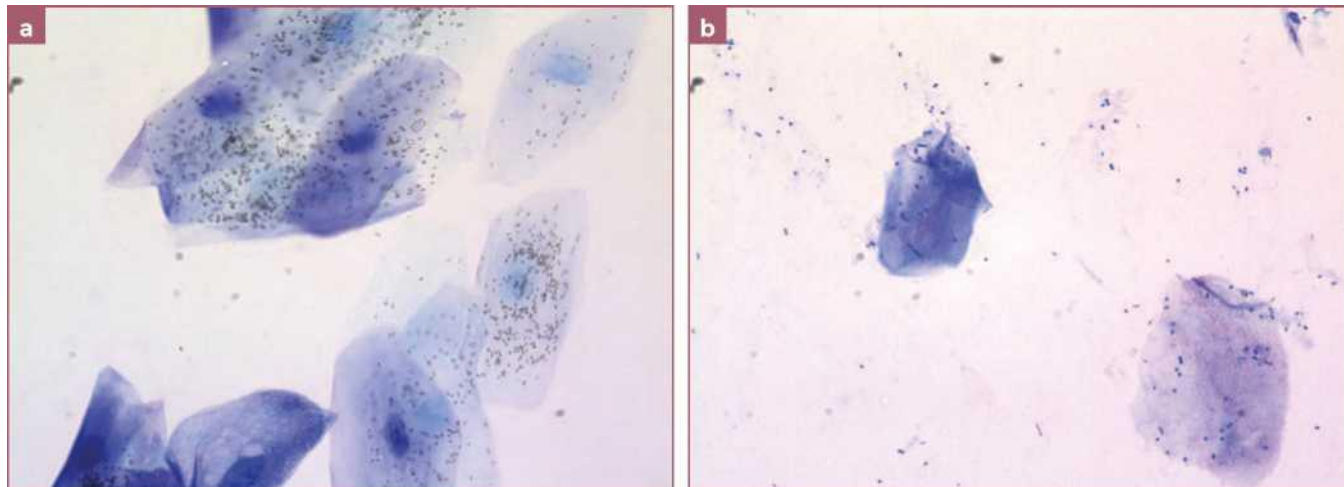


Figura 3. Suprafață epidermică cu corneocite nucleate și numeroase granule de melanină (a). Corneocite fără nucleu cu coci liberi sau atașați la suprafața celulară (b).

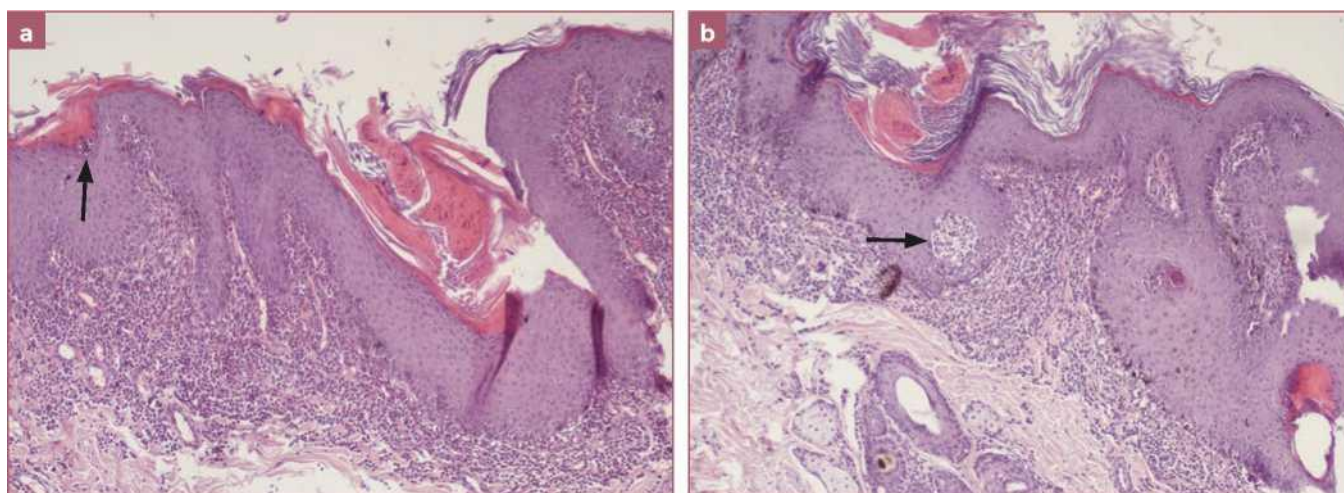


Figura 4. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxilină și eozină (H&E) (20x-40x). Hiperplazie epidermică neregulată și hiperkeratoză cu focare parakeratotice. Agregate de neutrofile subcorneene (microabcese Munro; săgeată neagră) și un infiltrat lichenoid de tip bandă în dermul superficial (a). Pustule intraepidermice (săgeată neagră) (b). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

Definițiile psoriaziforme și lichenoid

Termenul **psoriaziform** este utilizat pentru a caracteriza leziunile care seamănă, în anumite aspecte, cu cele observate în psoriazisul uman. În cazul prezentat, asemănările se referă la caracteristicile histopatologice ale leziunilor observate (hiperplazie epidermică marcată și prezența pustulelor intraepidermice care conțin neutrofile). Agregatele de neutrofile pot evolua în pustule neutrofile intra- sau subcorneene bine definite (cunoscute sub numele de microabcese Munro) (Fig. 4a, vezi săgeata).

Termenul **„lichenoid”** înseamnă literal „asemănător lichenului” și este utilizat în medicina umană pentru a descrie o dermatită care seamănă cu lichenul atât clinic, cât și histopatologic. Se caracterizează prin prezența unui infiltrat de celule mononucleare de tip bandă în dermul superior și a celulelor bazale alterate. În medicina veterinară, aceeași definiție este utilizată pentru entități care seamănă cu dermatita lichenoidă atât clinic, cât și histopatologic (cum ar fi dermatita lichenoidă psoriaziformă). Acest termen este adesea folosit de histopatologi pentru a identifica un infiltrat mononuclear de tip bandă în dermul superior, care adesea estompează joncțiunea dermo-epidermică și poate conține

CASO 11. DERMATITIS LIQUENOIDE EN UN PERRO

sau nu celule bazale alterate (de exemplu, cu vacuole sau celule apoptotice).

Toate aceste constatări au fost în concordanță cu diagnosticul morfologic de dermatită lichenoidă psoriaziformă.



TRAPAMIENTO Y EVOLUCIÓN

A fost inițiat tratamentul cu cefalexină administrată oral, în doză de 25 mg/kg de două ori pe zi. Pacientul a fost reexaminat după 10 zile. Ameliorarea a fost semnificativă. Același tratament a fost continuat timp de 15 zile. Leziunile s-au remis complet (Fig. 5a-d). Nu s-a raportat nicio recidivă în anul următor.



Figura 5. Vindecarea completă a leziunilor după tratamentul sistemic cu antibiotice (ad).

CASO 11. DERMATITIS LIQUENOIDE EN UN PERRO

CONSIDERAȚII

Atunci când ne confruntăm cu un caz care se prezintă atipic și lipsit de semne clinice clasice, nu este atât de simplu să întocmim liste de diagnostice diferențiale și să decidem ce teste diagnostice să efectuăm. În cazul descris, studiul histopatologic și răspunsul la tratament au fost esențiale pentru stabilirea diagnosticului definitiv. Acest lucru subliniază importanța unei colaborări strânse între medicii veterinari clinicieni și histopatologi. În acest sens, este esențial să avem un histopatolog cu experiență în dermatologie veterinară.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Rezultatele histopatologice și răspunsul la tratamentul antibiotic permit stabilirea diagnosticului definitiv.

Dermatoza lichenoidă psoriaziformă

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Dermatoza lichenoidă psoriaziformă este o boală rară, de obicei asociată cu Springer Spaniel. La această rasă, se dezvoltă spontan și se suspectează o predispoziție genetică. O boală similară indusă de utilizarea ciclosporinei A (CsA) a fost descrisă și la alte rase. Etiologia este încă necunoscută, deși s-a emis teoria că una dintre cauze ar putea fi o reacție exagerată și atipică la o infecție bacteriană superficială. Clinic, se caracterizează prin apariția unor plăci și papule eritematoase până la gălbui, în special pe partea medială a pavilionului urechii, abdomenul ventral, prepuțul și zona perianală. Leziunile cronice devin hiperkeratotice sau papilomatoase și tind să se răspândească în diferite zone ale corpului. Biopsiile cutanate, esențiale pentru diagnosticul definitiv, arată o epidermă neregulat hiperplazică, cu proiecții care se extind în derm, similar cu ceea ce apare în psoriazisul uman. Hiperkeratoza poate fi ușoară sau severă, în funcție de cronicitatea sa. În plus, uneori este prezentă și parakeratoza focală.

Una dintre caracteristicile distinctive ale acestei boli este prezența agregatelor circulare de celule inflamatorii (neutrofile și/sau eozinofile) în epidermă. Aceste agregate progresează în pustule intra- sau subcorneene, similare microabceselor Munro observate în psoriazisul uman. Infiltratul inflamator al dermului este

de tip bandă, de unde și termenul de inflamație lichenoidă. Se pot observa și unele keratinocite bazale deteriorate. În cazurile spontane, tratamentul cu antibiotice sistemice duce la rezoluția completă a leziunilor. În cazurile în care leziunile sunt legate de tratamentul prelungit cu CsA, reducerea dozei sau întreruperea tratamentului a dus la dispariția leziunilor. Cu toate acestea, în unele cazuri, tratamentul antibiotic sistemic sau topic este necesar pentru a observa o ameliorare semnificativă. Prognosticul este în general bun, iar recidivele sau recidivele leziunilor nu apar pe termen lung.

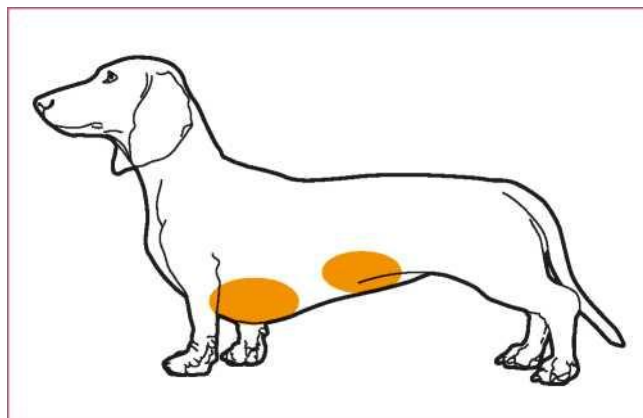


Figura 6. Câinele din acest caz a prezentat numeroase papule individuale sau coalescente în plăci, în principal pe toracele ventral și regiunea axilară. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

Tabelul 1. Plăci virale pigmentate (vezi cazul 8)

Plăcile virale pigmentate sunt leziuni cutanate mai puțin frecvente asociate cu infecțiile cu papilomavirus. Clinic, acestea constau din multiple plăci pigmentate cu o suprafață papilomatoasă ușor neregulată. Sunt localizate în principal pe abdomenul ventral, toracele ventral și membrele proximale (Fig. 7). Sunt în general descrise la pug-ii tineri adulți și schnauzerii miniaturali, sugerând o predispoziție genetică. Au fost descrise și la alte rase, atât cu, cât și fără alte comorbidități care cauzează imunosupresie. Deși benigne, în cazuri rare pot evolua spre carcinom scuamos. Din acest motiv, se recomandă monitorizarea clinică a leziunilor și orice leziune suspectă trebuie analizată. Histologic, acestea sunt caracterizate prin hiperplazie epidermică moderată, cu un model festonat tipic. Celulele epiteliale ale stratului spinos și stratului granulos pot prezenta koilocitoză indusă de papilomavirus (citoplasmă clară și nucleu picnotic). Pentru a confirma diagnosticul, *sunt necesare teste de diagnostic precum imunomarcarea, PCR sau hibridizarea in situ*. În acest caz, studiul histopatologic al leziunilor a exclus plăcile virale, ceea ce a ajutat la confirmarea diagnosticului.



Figura 7. Plăci virale pigmentate pe abdomenul unui Pug (ayb).

CASO 12



NODULI MULTIPLI ULCERATE SUBCUTANATE LA UN CÂINE

CAZUL 12. NODULI SUBCUTANAȚI ULCERATI MULTIPLI LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: metis
- Vârstă: 3,4 ani
- Sex: femelă sterilizată
- Stil de viață: Interior

INTRODUCCIÓN

Acest sindrom rar este diagnosticat prin excludere după excluderea altor afecțiuni folosind o abordare diagnostică sistematică. Leziunile care caracterizează această tulburare pot fi întâlnite și în alte afecțiuni dermatologice. Doar un examen fizic foarte detaliat și teste diagnostice adecvate oferă elementele cheie necesare pentru a determina cu exactitate criteriile de diagnostic și diagnosticele diferențiale.

ANAMNEZĂ

Această cățelușă a fost trimisă la serviciul de dermatologie din cauza apariției bruște a unor leziuni nodulare pe tot corpul, prezente de o săptămână. Potrivit proprietarilor, era letargică, avea febră și disconfort abdominal. Medicul veterinar care i-a trimis-o începuse un tratament cu amoxicilină-acid clavulanic administrat oral, în doză de 15 mg/kg, de două ori pe zi, fără a observa niciun răspuns.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

La momentul examinării, câinele se afla într-o stare generală precară și prezenta semne clinice de boală sistemică: febră (40 °C), șchiopătare, limfadenopatie generalizată, durere generală la atingere și rezistență la manipulare (Fig. 1). Cu toate acestea, palparea abdominală nu a relevat durere. Nu au fost detectate nici anomalii ortopedice sau neurologice.



Figura 1. La paciente el día de la primera consulta: la perra estaba apática y letárgica.

EXAMEN DERMATOLOGIC

s-au observat multipli noduli subcutanați cu tracturi fistuloase. Nodulii erau fermi sau fluctuanți, dureroși, cu margini bine definite și/sau ulcerati sau cu exudat hemopurulent (Fig. 2a-d).

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, s-a stabilit următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Etiologie infecțioasă: infecție bacteriană, fungică, virală, parazitară sau protozoară (vezi tabelul 1).
- Etiologie neinfecțioasă: paniculită nodulară sterilă.
- Neoplazie (mai puțin probabilă).



Figura 2. Hallazgos clínicos de tipo dermatológico. Múltiples nódulos, ulcerados o fistulizados, con exudado hemorrágico en cara (a), tórax (flecha) (b), ingles (c) y parte lateral de la cola (d).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Aspiratie cu ac fin (PAAF) a ganglionilor limfatici periferici și a nodulilor subcutanați.
- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric (și teste de diagnostic pentru detectarea *Ehrlichia canis*, *Anaplasma phagocytophilum*, *Leishmania* spp., *Toxoplasma gondii* și *Neospora caninum*).
- Analiza urinei.
- Ecografie abdominală.
- Radiografii toracice.
- Biopsiile cutanate au fost prelevate cu animalul sub anestezie. Scopul a fost efectuarea unui studiu dermatopatologic și a unei culturi a țesuturilor profunde pentru a detecta prezența microorganismelor aerobe, anaerobe, fungice sau micobacteriene.

REZULTATE

- PAF al ganglionilor limfatici mandibulari: populație mixtă de limfocite cu neutrofile și macrofage; PAF al nodulilor cutanați: infiltrat de neutrofile și macrofage spumoase în interiorul și în jurul grupurilor de adipocite (Fig. 3a și b).
- Rezultatele hemoleucogramei:
 - Neutrofilie: 15.184 (interval de referință: 2.940-12.670 u/l).
 - Limfopenie: 127 p/l (interval de referință: 1060-4950 p/l).
- Profilul biochimic seric:
 - Hipoalbuminemie: 18 g/dl (interval de referință: 28-43 g/dl).
 - Proteină C reactivă ridicată: 140,9 mg/l (interval de referință: 0-10,7 mg/dl).
- Rezultatele testelor pentru boli infecțioase au fost toate negative.

CASO 12. MÚLTIPLES NÓDULOS SUBCUTÁNEOS ULCERADOS EN UN PERRO

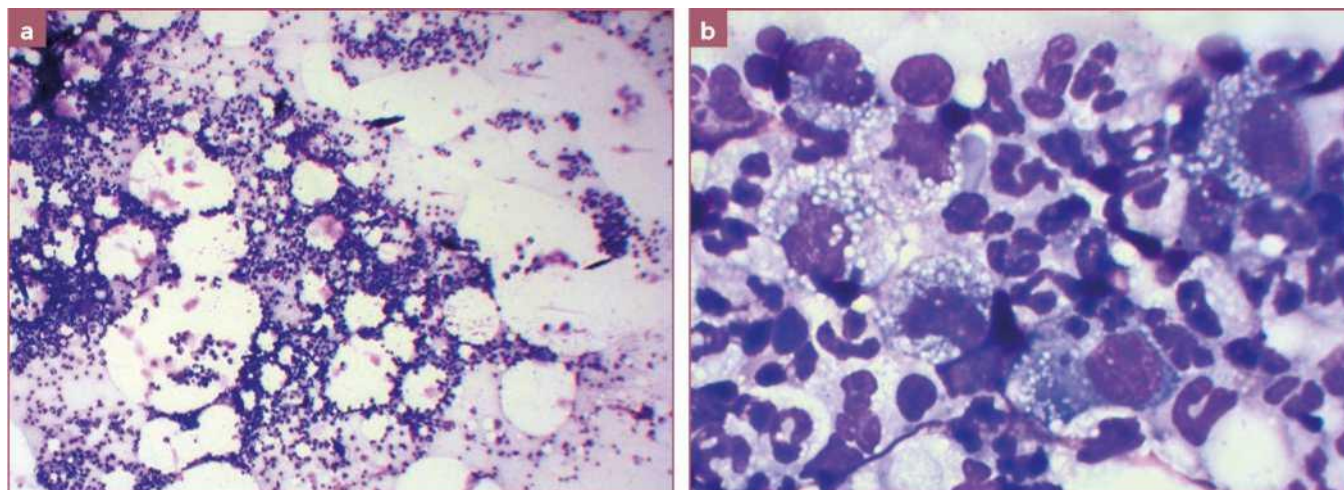


Figura 3. Constatări citologice. Se observă inflamație piogranulomatoasă mixtă, cu neutrofile și macrofage nedegenerate (4x [a]; 40x [b]).

- Analiza urinei: raportul proteine urinare/creatinină (UPC) a fost modificat ($>0,5$).
- Ecografie abdominală: s-a detectat steatită focală cu aspect de cordon, parțial atașată de suprafața viscerală a peretelui abdominal median caudoventral (Fig. 4).
- Radiografii toracice: rezultatele s-au încadrat în limitele considerate normale.
- Culturi microbiologice: toate culturile au fost negative.
- Constatări dermatopatologice: model inflamator difuz cu numeroase neutrofile, macrofage reactive, unele histiocite, plasmocite și limfocite mature mici, numeroase fibroblaste extrem de reactive cu numeroase mitoze și collagen matur abundant (fibroplazie reactivă); s-a observat și proces de angieneză cu activitate endotelială marcată.

(fig. 5a-d).



Figura 4. Ecografia abdominal. La flecha indica la esteatitis

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

marcată și angieneză reactivă. Luând în considerare toate datele obținute, diagnosticul a fost de paniculită nodulară sterilă canină.

Toate aceste rezultate au fost în concordanță cu paniculita nodulară piogranulomatoasă asociată cu fibroplazie

CASO 12. MÚLTIPLES NÓDULOS SUBCUTÁNEOS ULCERADOS EN UN PERRO

În așteptarea rezultatelor testelor, a fost inițiat tratamentul cu meloxicam oral, în doză de 0,1 mg/kg, o dată pe zi, pentru a reduce febra. Rezultatele analizelor microbiologice preliminare au indicat necesitatea administrării de corticosteroizi

(prednisolon oral, în doză de 1 mg/kg de două ori pe zi). Ameliorarea a fost rapidă. Animalul a început să mănânce, iar febra a scăzut. La vizita de urmărire, examenul fizic nu a evidențiat anomalii. Leziunile cutanate s-au ameliorat semnificativ.

(Fig. 6). Doza de corticosteroizi a fost redusă treptat . Valorile hematologice și biochimice s-au îmbunătățit și ele.

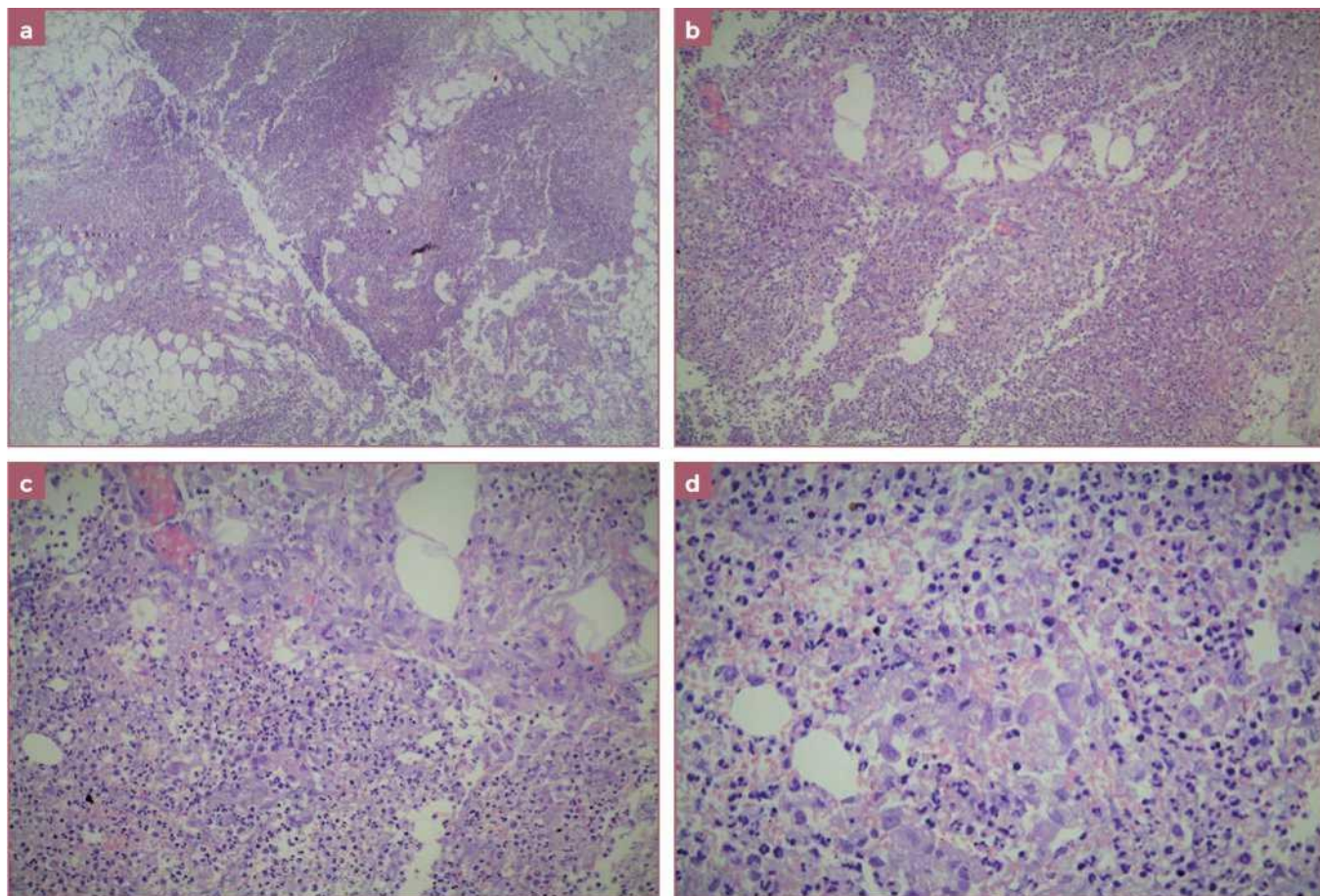


Figura 5. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină și eozină (H&E). Se observă inflamație difuză, reprezentată în principal de neutrofile și macrofage care înlocuiesc țesutul adipos (4x; 40x [ad]). Imagini oferite de Dr. L. Pazzini (Laboratorul La Vallonea, Italia).

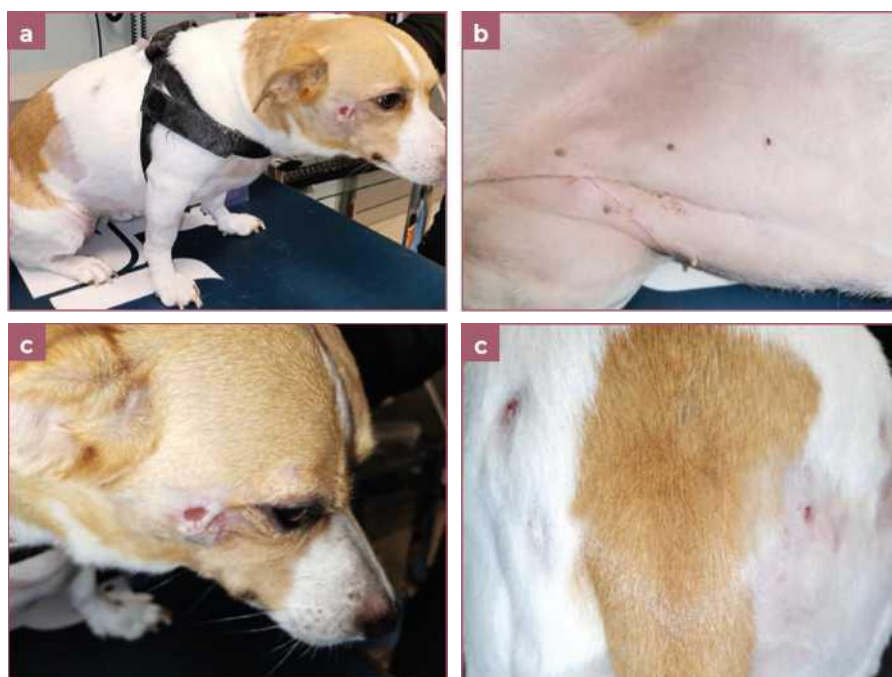


Figura 6. Imaginea leziunilor la vizita de urmărire (15 zile mai târziu). Toate leziunile cutanate se amelioraseră (ad).

CONSIDERAȚII

Acest caz clinic reprezintă un sindrom rar, care poate deveni foarte grav dacă nu este diagnosticat corect. Deși în patogeniza acestor leziuni nodulare sunt implicate diferite mecanisme, diagnosticul poate fi pus datorită unor teste complementare. Cu toate acestea, în unele cazuri, cauza poate să nu fie determinată. Prin urmare, abordarea diagnostică este primordială.

Căinele, în acest caz, a prezentat semne de stare generală de rău în momentul consultației, cu unele rezultate anormale de laborator detectate la analiza de sânge și ecogenitate crescută a grăsimii abdominale observată la ecografie. Cu toate acestea, factorul declanșator specific al inflamației nu a putut fi identificat, iar diagnosticul (paniculită nodulară sterilă) a fost stabilit luând în considerare istoricul medical, semnele clinice și rezultatele analizelor de laborator.

PANNICULITA NODULARĂ STERILĂ

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Paniculita nodulară sterilă este o inflamație a țesutului subcutanat de origine necunoscută. Deși în majoritatea cazurilor a fost considerată o cauză primară, în altele a fost asociată cu alte patologii subiacente ale căror mecanisme patogene nu sunt încă pe deplin înțelese. Boala afectează câinii adulți, fără predilecție sexuală. Următoarele rase par a fi mai predispuse decât altele: Teckel, Spaniel Britanic, Ciobănesc Australian, Chihuahua, Dalmațian, Pomeranian și Pudel.

Din punct de vedere clinic, se observă multipli noduli bine stabiliți, fermi sau fluctuanți, cu ulcere sau fistule, care pot exuda un exudat uleios sau hemoragic. Aceștia se observă în principal pe trunchi și gât (Fig. 7). Pot fi prezente și hiperpigmentare variabilă și zone de alopecie unde leziunile s-au vindecat.

Histologic, inflamația este caracterizată printr-un infiltrat de neutrofile și macrofage care, în timp, progresează spre lobular sau difuz cu leziuni cronice, prezența a puține neutrofile și fibroză variabilă.

Deși diagnosticarea paniculitei nodulare sterile necesită o serie de etape, răspunsul câinilor la terapia imunosupresoare sugerează că această afecțiune

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Pacienții prezintă antecedente de apariție bruscă a nodulilor profunzi, cu sau fără tracturi fistuloase evidente. La deschiderea fistulei, se observă un exudat hemopurulent până la uleios. Nodulii sunt de obicei localizați pe trunchi și, în majoritatea cazurilor, există semne de inflamație sistemică, cum ar fi febră, limfadenopatie, letargie sau anorexie. Cu toate acestea, deoarece apariția nodulilor ulcerati este comună multor boli, examenul fizic și testele specifice sunt esențiale pentru a detecta alte boli concomitente sau subiacente și/sau agenți infecțioși care pot cauza paniculita. Deoarece etiopatogenia acestei boli rămâne neclară, răspunsul la terapiile imunosupresoare oferă indicii pentru diagnostic, dar nu poate fi utilizat ca indicator al unei relații cauză-efect.

este legată de o tulburare de reglare imună, ceea ce o face mai degrabă un marker al unei boli sistemice decât o boală în sine. În plus, paniculita nodulară sterilă a fost asociată cu alte boli, cum ar fi:

- Alterări pancreatice datorate nivelurilor excesive de lipază circulantă, care ar putea declanșa inflamația adipocitelor.
- Boli ale sistemului vascular care modifică circulația sângelui și pot provoca ischemie adipocitară.
- Tulburări inflamatorii care afectează mai multe organe.

Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor și în ciuda căutării neobosite a factorilor cauzali, este o boală de origine necunoscută, al cărei diagnostic reprezintă o adevărată provocare pentru medicul veterinar.

TRATAMENT

Tratamentul indicat este imunosupresor/imunomodulator, cu excepția cazului în care alte patologii concomitente îl contraindică. Opțiunile de tratament care s-au dovedit a fi cele mai eficiente sunt: corticosteroizi sistemici (prednisolon sau prednison în doză de 0,8–2,5 mg/kg zilnic sau 0,5–1,3 mg/kg de două ori pe zi) singuri sau în combinație cu ciclosporină A (5 mg/kg o dată pe zi) sau azatioprină (2,5 mg/kg zilnic) și vitamina E. [Următoarele par a fi fără legătură și posibil un fragment de text separat:] De asemenea, s-a menționat...

S-a utilizat o combinație de tetraciline (250–500 mg/câine, de două sau trei ori pe zi) și niacinamidă (250–500 mg/câine, de trei ori pe zi). Cu toate acestea, utilizarea tetracilinelor ca agent imunomodulator nu este recomandată din cauza riscului de dezvoltare a rezistenței. În cele din urmă, a fost documentată și utilizarea clorambucilului în doză de 0,18 mg/kg zilnic sau a dexametazonei intralezionale. Rezultatele pozitive se observă de obicei în câteva zile, deși unii pacienți necesită terapii imunosupresoare mai lungi. Pot apărea recidive la întreruperea tratamentului.

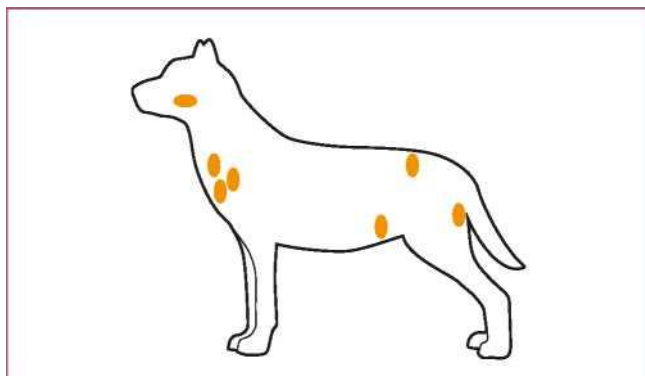


Figura 7. Múltiples nódulos subcutáneos en cara, cuello ventral, tórax, tronco dorsal, zona abdominal y zona lateral de la cola. El dibujo muestra la distribución de las lesiones de este caso.

Tabelul 1. Noduli exudativi în neosporoză

Neosporoză este o boală multisistemică cauzată de *Neospora caninum*, un protozoar intracelular. Este o boală canină cu cazuri raportate la nivel mondial. Deoarece acest protozoar este înrudit structural, genetic și imunologic cu *Toxoplasma gondii*, diferențierea dintre cei doi agenți patogeni poate fi complexă.

Semnele clinice ale neosporozăi sunt în principal musculare și neurologice. Cu toate acestea, au fost descrise și cazuri de miocardită, hepatită, pneumonie și dermatită cu noduli multipli care dezvoltă fistule și exudat serosanguinos (Fig. 8a-c). Confirmarea prin teste moleculare permite un diagnostic definitiv, deși tahizoiti pot fi detectați relativ ușor și prin citologia cutanată (Fig. 8d) sau prin examinarea histopatologică a probelor de piele. Din acest motiv, este important să se includă această boală protozoară în diagnosticul diferențial atunci când se observă noduli subcutanați cu tracturi fistuloase.

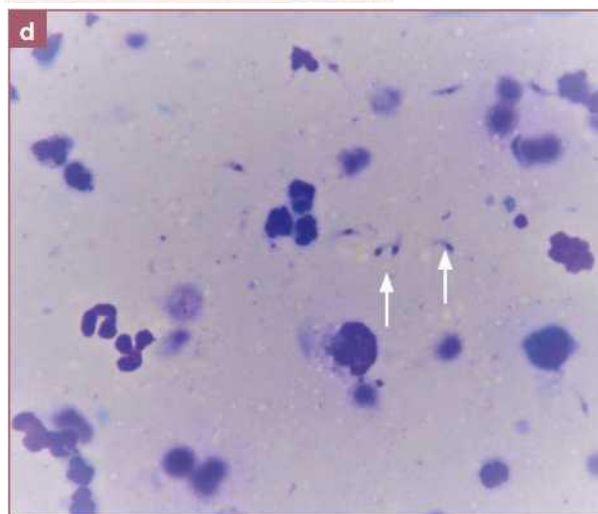


Figura 8. Perro con neosporosis. Presenta varios nódulos exudativos en el tronco (a-c). Dermoscopia de uno de los nódulos exudativos (antes de rasurar el área afectada). Pueden verse varios taquizoitos (flechas blancas) en la citología (20x [d]).

CASO 13

ALOPECIA MULTIFOCALĂ LA UN CÂINE

CAZUL 13. ALOPECIE MULTIFOCALĂ LA UN CÂINE

INTRODUCERE

Acest caz descrie o afecțiune dermatologică rară, benignă și, de obicei, ușor de diagnosticat. Prezența leziunilor atipice și a pruritului, care nu se observă de obicei în această afecțiune, demonstrează că colectarea tuturor datelor clinice și efectuarea unui istoric medical amănunțit sunt esențiale pentru stabilirea unui diagnostic diferențial și ajungerea la diagnosticul final.

ANAMNEZĂ

Câinele a fost trimisă la clinica de dermatologie pentru evaluarea căderii părului și a pruritului pe cap și bot. Semnele clinice au început cu trei săptămâni înainte, în urma unei gastroenterite acute de patru săptămâni, pentru care a fost internată la terapie intensivă și a necesitat terapie cu fluide, antibiotice sistemice și probiotice. Cu câteva zile înainte de începerea alopeciei, a primit un vaccin polivalent pentru căței.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Nu s-au observat modificări semnificative.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Pe partea dorsală a capului s-au observat zone multifocale de alopecie. Leziunile s-au extins bilateral la regiunile temporală și occipitală, precum și la bărbie și gât (Fig. 1).

Două zone alopecice suplimentare, cu diametrul de 1 cm, au fost detectate și pe spate (Fig. 2). Marginile leziunilor alopecice erau neregulate, cu prezența unor cruste în zonele în care proprietarii au

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Jack Russell Terrier
- Vârstă: 7 luni
- Sex: feminin
- Stil de viață: Interior

raportat că animalul s-a zgâriat (regiunea temporală și zona occipitală) (Fig. 1a și b).

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, a fost întocmită următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Dermatopatie ischemică (vezi tabelul 1).
 - Indusă de vaccinuri sau medicamente.
 - Idiopatică.
- Demodecia canină.
- Dermatofitoză.
- Efluviu telogen.

Deși scabia sarcoptică era puțin probabilă, aceasta a fost inclusă și ca un posibil diagnostic diferențial datorită prezenței mâncărimii intense.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea microscopică a părului.
- Mai multe zgârieturi superficiale și profunde ale pielii.
- Cultură fungică (în cazul în care recoltările au fost negative).
- Citologie:
 - Cu bandă adezivă.
 - Apunerea unei probe prelevate sub o crustă.

- În plus, a fost ridicată posibilitatea efectuării mai multor biopsii cutanate. a doua etapă dacă nu s-au detectat ciuperci sau paraziți.



Figura 1. Alopecie multifocală pe cap (ayb), gât (c) și față (d). În (b) se observă cruste mici pe cap și regiunea temporală.



Figura 2. Mici zone alopecice pe spate.

REZULTATE

- Examinarea microscopică a părului: prelevările superficiale și profunde de piele au fost negative pentru ciuperci și acarieni. Toți bulbii de păr se aflau în faza telogenă (Fig. 3), dar în afară de aceasta, nu au fost detectate alte modificări.
- Citologia cu banda magnetică nu a arătat nimic ieșit din comun, dar amprenta directă după îndepărtarea unei cruste a relevat prezența celulelor inflamatorii, în principal neutrofile cu câțiva coci vizibili.

Proprietarului i s-a oferit opțiunea de a face biopsii cutanate, dar a refuzat.

Pentru a controla pruritul, animalului i s-a administrat o injecție subcutanată de 10 mg de lokivetmab. În plus, deoarece nu primea niciun tratament preventiv pentru paraziții externi, i s-a prescris sarolaner oral în doză de 20 mg o dată pe lună. La vizita de urmărire, 10 zile mai târziu, câinele nu a mai prezentat prurit. Proprietarul a raportat că, la 24 de ore după administrarea de lokivetmab, pruritul s-a ameliorat, dar alopecia s-a agravat. La această vizită s-a observat alopecie multifocală pe întregul trunchi (Fig. 4).

Zonele alopecice deja prezente pe cap, gât și gât erau eritematoase. În plus, erau mai mari și mai numeroase (Fig. 5a-d).

Testele au fost repetate (examen microscopic al părului, raclurilor de piele și citologie cu apozitie și bandă), dar rezultatele au rămas neconcludente.

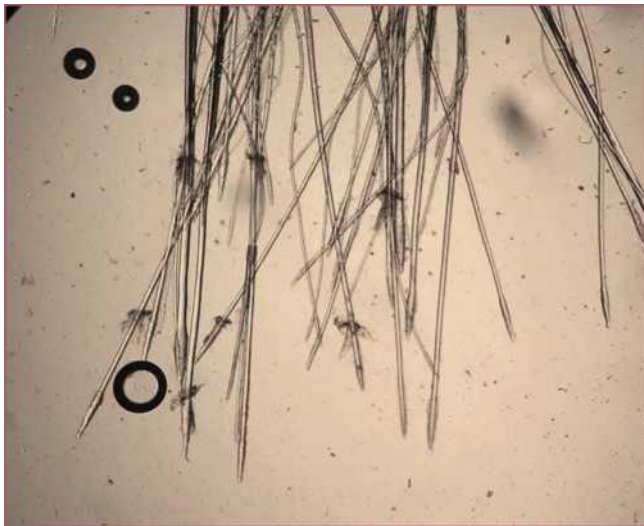


Figura 3. Observare microscopică a firului de păr, unde toți bulbii de păr sunt în faza telogenă.

S-a decis efectuarea biopsiilor. În studiul histopatologic, epiderma și dermul erau normale, dar aproape toți foliculii de păr se aflau în faza anagenă, cu tija firului de păr prezentă în lumenul foliculului (Fig. 6; săgeți verzi).

Câțiva foliculi se aflau în faza telogenă, iar porțiunea lor superficială era dilatată, cu prezența keratinei lamelare (Fig. 6; săgeți albastre).

Diagnosticul final a fost efluvii telogen cu prezența foliculilor de păr normali în faza anagenă, indicând faptul că animalul se afla în faza de recuperare.

Colorația PAS a fost negativă pentru sporii fungici. Cea mai probabilă cauză a efluviului telogen a fost atribuită gastroenteritei acute de care a suferit pacientul cu puțin timp înainte de apariția semnelor dermatologice.



Figura 4. Alopecie multifocală pe trunchi la 2 săptămâni după prima vizită.



Figura 5. Capul și regiunea occipitală cu leziune alopecică mai mare și eritem mai pronunțat (a). Alopecie și eritem pe mentol și gât (d). Regiunea temporală bilaterală cu alopecie neinflamatorie (b,c).

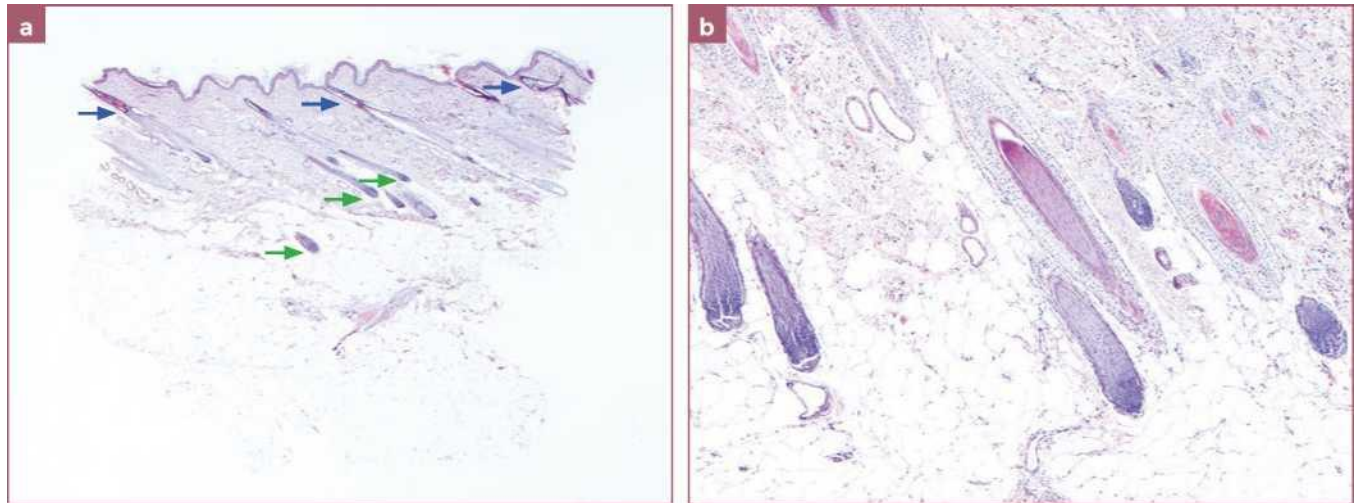


Figura 6. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină-eozină (H&E). Foliculi de păr în fază anagenă, cu tija firului de păr vizibilă în lumenul foliculului (săgeți verzi) și câțiva foliculi de păr în fază telogenă în dermul superficial, ușor dilatați din cauza keratinei lamelare (săgeți albastre) (4x-40x [ayb]). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

Faza telogenă

Termenul „telogen” se referă la faza inactivă a ciclului foliculului de păr. Ciclul de creștere a părului constă în:

- O fază de creștere (faza anagenă).
- O fază de regresie (faza catagenă).
- O fază inactivă (faza telogenă).
- O fază de cădere (fază exogenă).

Foliculul de păr trece prin faze regulate, periodice. Tijele de păr sunt produse doar în timpul fazei anagene. Faza anagenă începe când se termină faza telogenă. Durata fiecărei faze a ciclului și proporția de fire de păr anagene, catagene și telogene variază în funcție de genetică, vârstă, sex, regiunea corpului, hormoni, starea de sănătate

și nutriție, factorii de mediu și medicamentele administrate.

Animalul era într-o stare fizică bună și blana îi crescuse la loc. Proprietarul nu a raportat nicio recidivă în anul următor.

CONSIDERAȚII

În acest caz, tabloul clinic și pruritul ar fi putut duce la un diagnostic greșit. Efluviul telogen se prezintă de obicei cu alopecie difuză pe o mare parte a corpului, deși nu afectează de obicei scalpul, iar pruritul nu se numără printre semnele clinice clasice. Încă o dată, se demonstrează că examenul histopatologic și istoricul clinic sunt esențiale pentru stabilirea unui diagnostic definitiv. Cea mai probabilă cauză a efluviului telogen pare a fi gastroenterita acută de care a suferit pacienta cu trei săptămâni înainte de a începe să-și piardă părul.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Nu a fost stabilit niciun tratament în afară de suplimentarea cu acizi

grași pentru a ajuta la refacerea barierei epidermice. Având în vedere rezultatele studiului histopatologic, era de așteptat o rezoluție spontană. La patru săptămâni după diagnosticare,

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Studiul histopatologic, istoricul medical și remisia spontană sunt punctele cheie în acest caz. Datorită lor, s-a putut stabili și confirma diagnosticul definitiv.

TELOGEN EFFLUVIU

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Efluviul telogen este o perturbare a ciclului de creștere a părului, caracterizată prin încetarea bruscă și prematură a creșterii anagene în foliculii de păr și sincronizarea fazelor catagen și telogen. Clinic, acest fenomen provoacă căderea simultană a firelor de păr vechi, care sunt împinse de fire noi în faza anagenă, care cresc sincron. Este o tulburare asociată cu perioade de stres fiziologic semnificativ, cum ar fi sarcina și alăptarea, bolile grave, intervențiile chirurgicale, febra mare, anestezia, **șocul** și unele medicamente chimioterapice. Căderea părului începe la câteva săptămâni sau luni după evenimentul stresant și provoacă alopecie difuză, neinflamatorie.

La om, au fost descrise până la cinci tipuri de efluvii:

- Eliberare imediată de anagenă: trecere prematură de la faza anagenă la faza telogenă; părul începe să cadă între 3 și 5 săptămâni mai târziu.
- Eliberare anagenă întârziată: prelungirea fazei anagene într-un număr mare de foliculi de păr care intră simultan în faza telogenă. Aceasta este forma tipică de efluvii de păr postpartum.
- Sindromul anagenei scurte: scurtarea idiopatică a fazei anagene care provoacă o cădere crescută a părului și o scădere a lungimii acestuia.
- Eliberare telogenă imediată: scurtarea fazei telogene normale; părul începe să cadă câteva zile sau câteva săptămâni mai târziu.
- Eliberare telogenă întârziată: fază telogenă prelungită urmată de o tranziție la faza anagenă.

Deși aceste subcategorii nu au fost identificate la câini, este posibil ca mecanismele prin care apare căderea părului să fie similare cu cele de la oameni, cel puțin pentru unele dintre modificările descrise.

Efluviul telogen trebuie diferențiat de tulburările endocrine care cauzează alopecie, deși apariția rapidă a semnelor clinice și istoricul pacientului ajută de obicei la distingerea între acestea. Diagnosticul se bazează pe istoricul pacientului, examenul fizic, examinarea microscopică directă a părului și biopsiile cutanate. Părul cade ușor, iar examenul microscopic relevă fire de păr în faza telogenă cu pigmentare minimă sau deloc. Atunci când biopsiile cutanate sunt efectuate în stadiile incipiente ale tulburării, acestea pot evidenția fire de păr în faza telogenă, fără alte anomalii. Când sunt efectuate în faza de remisie, va exista o predominanță a foliculilor în faza anagenă. Tratamentul nu este necesar, deoarece părul crește din nou în câteva luni sau săptămâni odată ce cauza declanșatoare specifică a fost

eliminată sau rezolvată.

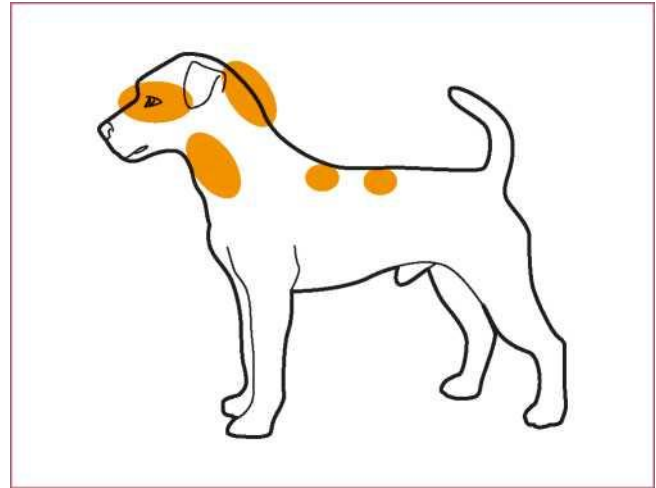


Figura 7. Zone de alopecie multifocală pe partea dorsală a capului. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

Tabelul 1. Dermatopatie ischemică

La câini, dermatopatiile ischemice constituie un grup de sindroame care pot avea cauze diferite și tind să prezinte caracteristici variabile. Dezvoltarea leziunilor se bazează pe un aport insuficient de sânge oxigenat prin vasele de sânge deteriorate, ceea ce provoacă atrofierea pielii și a anexelor acesteia. Dermatopatiile ischemice au fost împărțite în cinci subtipuri:

- Dermatomiozita familială canină.
- Boală asemănătoare dermatomiozitei cu debut juvenil la rasele atipice.
- Paniculită după vaccinarea antirabică.
- Dermatopatie ischemică generalizată asociată cu vaccinarea.
- Dermatopatie ischemică generalizată idiopatică.

În acest caz, ultimele două subtipuri au fost incluse în lista diagnosticelor diferențiale posibile din următoarele motive:

- Rasa pacientului: dermatopatia ischemică a fost descrisă anterior la câini din rasa Jack Russell Terrier.
- Vaccinarea recentă.
- Prezența unei leziuni alopecice pe spate, compatibilă cu locul de administrare a vaccinului.

Leziunile includ alopecie, subțierea pielii și hiperkeratoză sau descuamare (Fig. 8). Pot fi prezente și eroziuni, ulcere și cruste. Pruritul a fost descris sporadic. Histopatologic, această boală se caracterizează prin prezența unor foliculi de păr distrofici sau atrofici evidenți, paloare a dermului și puține fascicule de collagen. Celulele epidermice bazale prezintă semne de degenerare, iar veziculele apar în derm și epidermă asociate cu acumularea unui infiltrat inflamator ușor, adesea descris ca dermatită de interfață cu celularitate redusă. Forma localizată de dermatopatie ischemică nu necesită de obicei tratament. Forma generalizată necesită tratament sistemic, de obicei cu pentoxifilină orală și vitamina E. Alte medicamente care au fost utilizate, cu grade diferite de succes, includ prednisonul, ciclosporina A, tetraciclinele, niacinamida și, mai recent, oclacitinibul.



Figura 8. Alopecie multifocală, cruste și hiperpigmentare pe bot, cap și pavilionul urechii la un cățeluș cu dermatopatie ischemică indusă de vaccinare.

CASO 14

DERMATITĂ EROZIVĂ- ULCERATIV AL PLANEI NAZAL LA UN CÂINE

CAZUL 14. DERMATITĂ EROZIV-ULCERATIVĂ A PLANULUI NAZAL LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: metis
- Vârstă: 8,5 ani
- Sex: masculin
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

sunt implicați în patogeneza bolilor nazale canine . Cu toate acestea, doar câțiva afectează planul nazal. Deși caracteristicile clinice indică deja o posibilă etiologie și/sau o listă de patologii care trebuie incluse în diagnosticul diferențial, utilitatea instrumentelor de diagnostic disponibile pentru confirmarea diagnosticului prezintă o provocare.

ANAMNEZĂ

Câinele s-a prezentat cu antecedente de leziuni erozive și ulcerative pe planul nazal în ultimele 18 zile. Proprietarii au indicat că leziunile s-au agravat treptat și că animalul a suferit, de asemenea, un episod acut de sângerare nazală cu detresă respiratorie asociată. Întrucât câinele își petrecea cea mai mare parte a timpului în aer liber, medicul veterinar de rutină a suspectat inițial o intoxicație cu rodenticide (warfarină) și a propus mai multe teste diagnostice pentru a confirma acest lucru. Cu toate acestea, rezoluția rapidă a semnelor clinice, în ciuda agravării leziunilor planului nazal, i-a făcut pe proprietari să ezite să continue testele recomandate până când vor fi trimiși pentru o a doua opinie medicală.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

În momentul consultației, câinele prezenta o ușoară secreție mucoidă unilaterală. Ocazional, încerca să-și lingă zona nazală. Ganglionii limfatici aveau dimensiuni normale . Atât ritmul cardiac, cât și cel respirator erau normale. Animalul nu a prezentat durere când i s-a

deschis gura sau i s-a manipulat botul. Nu s-au detectat anomalii la nivelul dinților, gingiilor, palatului sau faringelui.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Animalul prezenta un ulcer lat și profund, care se extindea spre dreapta. Prezența ulcerului a afectat structura normală a orificiului și planului nazal din cauza distrugerii și înlocuirii țesuturilor. Au fost observate și unele pete hipopigmentate în șanțul nazal și în zona înconjurătoare, dar restul nasului era normal (Fig. 1).



Figura 1. Planul nazal al câinelui în acest caz clinic. Se observă un ulcer care se extinde peste nara dreaptă.

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor, istoricului și constatărilor clinice ale animalului și luând în considerare bolile care afectează unilateral planul nazal și se prezintă cu secreție mucoasă, a fost inclusă următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Rinită fungică (de obicei cauzată de *Aspergillus* spp.).
- Traumă.
- Corp străin cronic cu infecție bacteriană secundară.
- Neoplazie nazală (mai puțin frecventă) (vezi tabelul 1).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Citologie prin apoziție și din tamponuri nazale.

În vederea efectuării unor teste suplimentare, au fost efectuate următoarele analize:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.

REZULTATE

- Citologia planului nazal și a tamponatelor nazale au relevat prezența unor neutrofile degenerate cu coci intracelulari și extracelulari, precum și eritrocite.
- Rezultatele hemoleucogramei, profilului biochimic și analizei de urină au fost normale, cu excepția unei creșteri a proteinei C reactive (12,7 mg/l; interval de referință: 0-10,7 mg/l).

Proprietarul a fost rugat să efectueze câteva teste suplimentare sub anestezie generală. Acestea au fost rezultatele:

- Tomografie computerizată (CT): s-a identificat o inflamație regională a țesuturilor moi paramediane ale planului nazal drept. Această inflamație s-a extins caudal până la cartilajul nazal dorsolateral drept, cu stenoză secundară a orificiului nazal ipsilateral (Fig. 2). Cornetele nazale, septul nazal și oasele paranasale nu au prezentat semne deosebite.
- Rinoscopie: rezultatele au fost în concordanță cu hiperemia mucoasei; s-a profitat de ocazie pentru a evalua amănunțit - cavitatea nazală și a recolta două biopsii *cu punch*.

în poansoare de 6 mm și, respectiv, 4 mm pentru cultura bacteriană și fungică.

- Constatări dermatopatologice: epiderma era ulcerată.

În plus, în derm au fost identificate microhemoragii multifocale, agregate de neutrofile (unele cu degenerare marcată [carioliză]) și macrofage spumoase și epitelioid. Numeroase plasmocite mature au fost prezente și la marginile profunde ale probelor de biopsie. Au fost observate focare de collagen degenerat cu fibre hialine și hipereozinofile (Fig. 3a-c).

- Colorația cu acid periodic-Schiff (PAS) a fost negativă pentru elementele fungice, dar a confirmat pierderea multifocală a membranei bazale. În probe nu s-au detectat leziuni compatibile cu procese neoplazice sau agenți etiologici specifici.
- Din probe au fost izolate bacterii *Staphylococcus* spp. sensibile la mai multe antibiotice. Cultura fungică a fost negativă.

Pe baza constatărilor dermatopatologice, au fost formulate următoarele ipoteze. Pe de o parte, faptul că a fost vorba de un proces inflamator profund, caracterizat prin prezența unor neutrofile degenerate abundente, ar putea indica o complicație provenită dintr-o infecție bacteriană. Cu toate acestea, prezența plasmocitelor ar putea fi, de asemenea, legată de rinită cronică. O altă opțiune, având în vedere

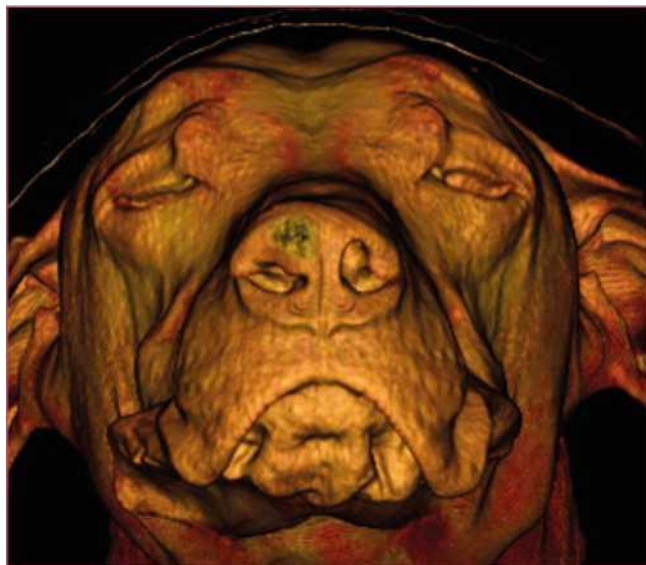


Figura 2. Imagen de TC tridimensional. Se observa cómo la anatomía del plano nasal está alterada en el plano paramediano derecho, a nivel de los tejidos blandos, con estenosis del orificio nasal ipsilateral. Imagen cortesía del Dr. G. Lacava (Instituto Veterinario de Novara,

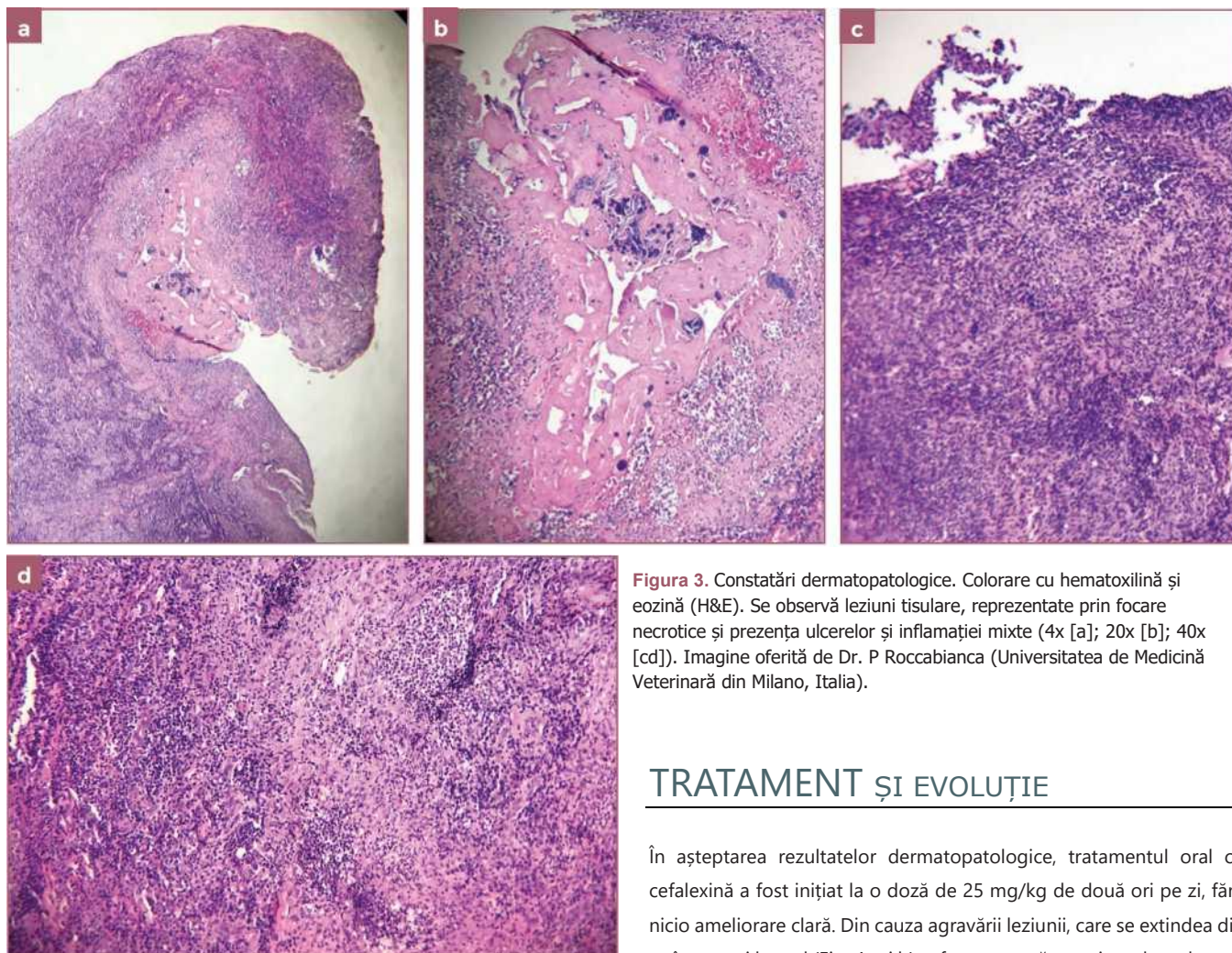


Figura 3. Constatări dermatopatologice. Colorare cu hematoxină și eozină (H&E). Se observă leziuni tisulare, reprezentate prin focare necrotice și prezența ulcerelor și inflamației mixte (4x [a]; 20x [b]; 40x [cd]). Imagine oferită de Dr. P Roccabianca (Universitatea de Medicină Veterinară din Milano, Italia).

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

În așteptarea rezultatelor dermatopatologice, tratamentul oral cu cefalexină a fost inițiat la o doză de 25 mg/kg de două ori pe zi, fără nicio ameliorare clară. Din cauza agravării leziunii, care se extindea din ce în ce mai lateral (Fig. 4a și b), a fost propusă terapia cu laser bazată pe două emisii combinate și sincronizate.

Inflamația zonei și degenerarea collagenului ar putea sugera că animalul a suferit o mușcătură (păianjen, insectă, șarpe) sau a fost în contact cu o substanță toxică sau histolitică.

După discutarea cu proprietarul și revizuirea din nou a datelor anamnezice, acordând o atenție deosebită posibilor factori de mediu, s-a ajuns la concluzia că trebuie haber una causa en el entorno del perro.

Se emitió un diagnóstico presuntivo de daño celular por la acción directa de un tóxico.

tratament.

Aceste tratamente au ca scop refacerea arhitecturii planului nazal. De fapt, se crede că terapia cu laser stimulează vindecarea și are efecte analgezice, antiinflamatorii și antiedematoase. Luând toate măsurile de precauție necesare, inclusiv protecția ochilor, și asigurându-se că pacientul nu a fost stresat inutil, terapia cu laser a dus la o îmbunătățire semnificativă începând cu ziua 10 de

(fig. 5). În decurs de o lună, leziunea s-a vindecat complet.

CONSIDERAȚII

Acest tip de caz clinic necesită o abordare care combină examinarea clinică cu teste macroscopice, urmată de o procedură diagnostică pas cu pas. Este important de reținut:

- Indiferent dacă semnele clinice nazale sunt sau nu legate de semnele sistemice.
- Indiferent dacă secreția este unilaterală sau bilaterală sau dacă s-a schimbat de la unilaterală la bilaterală în timp.
- Indiferent dacă semnele sunt acute sau de lungă durată. Durata semnelor clinice influențează probabilitatea ca aceasta să fie o boală sau alta. De asemenea, trebuie luat în considerare aspectul secreției nazale (Tabelul 1).



Figura 4. Agravarea leziunilor în așteptarea rezultatelor dermatopatologice (ayb).

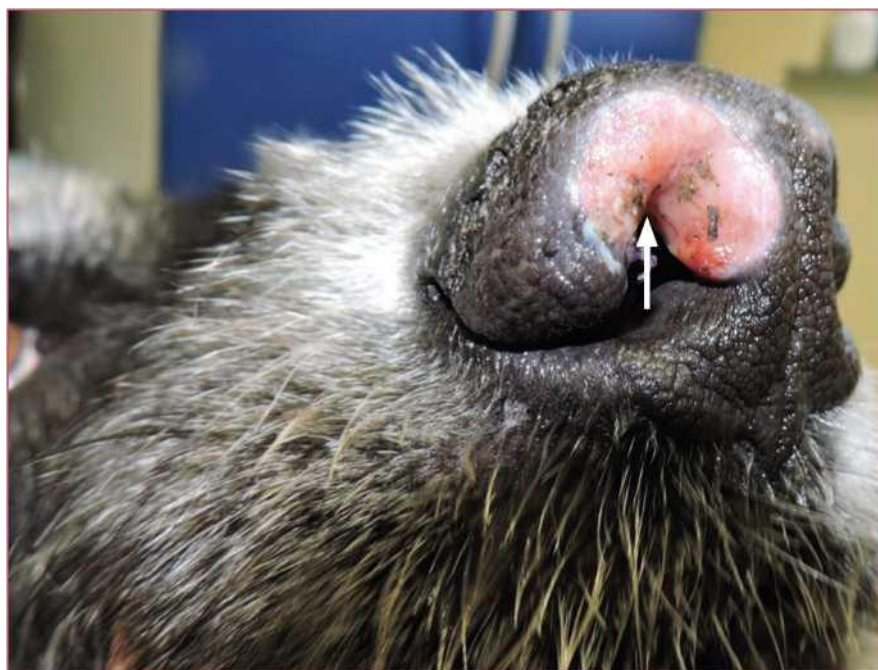


Figura 5. Rezultat după 10 zile de terapie cu laser. Îmbunătățirea este evidentă.

TABELUL I. Boli nazale și considerații clinice (informații extrase din Cohn LA. Canine Nasal Disease: An Update. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2020, 50:359-374).						
Distribuția leziunilor		Evoluția leziunilor		Caracteristicile secrețiilor nazale		
Unilateral	Bilateral	Acut	Cronică	Seroasă	Mucoid sau mucopurulent (cu infecție bacteriană secundară)	Hemoragic
Corp străin	Rinita fungică (de exemplu, <i>Aspergillus</i> spp.)	Corp străin	Corp străin (cu secreții nazale cronice)	Infecție virală în stadii incipiente (de exemplu, herpesvirus)	Infecție virală (de exemplu, virusul herpesului)	Traumă
Rinita fungică (<i>Aspergillus</i> spp.)			Rinita fungică (de exemplu, <i>Aspergillus</i> spp.)		Corp străin (cu secreții nazale cronice)	corp străin ascuțit
Neoplasm nazal (adenocarcinom/carcinom scuamos)	Neoplasm nazal (adenocarcinom/carcinom scuamos)	Traumă	Neoplasm nazal (adenocarcinom/carcinom scuamos)		Rinita fungică (<i>Aspergillus</i> spp.)	Tulburări de coagulare
Boala parodontală	Traumă	În funcție de semnele clinice asociate, trebuie luată în considerare o infecție sistemică sau o tulburare de coagulare.	Boala oronazală/parodontală		Boala oronazală/parodontală	Boli transmise prin vectori (de exemplu, ehrlichioza)
Traumă	Lupus eritematos discoid al feței		Lupus eritematos discoid al feței		Rinita inflamatorie cronică	Neoplasm nazal (adenocarcinom/carcinom scuamos)
					Lupus eritematos discoid facial complicat de infecție bacteriană secundară	
Pot fi luate în considerare și alte afecțiuni ale pielii care afectează planul nazal. Cu toate acestea, majoritatea încep în zonele cu piele păroasă (punctul narial) și apoi progresează rostral către planul nazal și/sau pot afecta alte regiuni ale corpului, cu sau fără secreții nazale. Din aceste motive, ele nu au fost incluse în acest tabel. Vezi și cazul clinic 4.						

Întrucât stabilirea unui diagnostic definitiv bazat exclusiv pe constatările clinice nu este posibilă, iar cavitatea nazală este dificil de accesat, evaluarea bolilor nazale necesită, în general, o combinație de teste complementare, cum ar fi citologia, tehnicile imagistice (radiografii , tomografie computerizată, RMN), rinoscopia, culturile bacteriene și fungice ale țesuturilor profunde și examenul

histopatologic. Cu toate acestea, în unele cazuri, stabilirea unui diagnostic etiologic este dificilă.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Cheia diagnosticului acestui caz (dermatită erozivo-ulcerativă a planului nazal cauzată de o agresiune externă) o reprezintă lateralitatea leziunii, tipul de secreție nazală și absența semnelor clinice generale.

DERMATITĂ EROZIV-ULCERATIVĂ A PLANULUI NAZAL CAUZATĂ DE AFECTĂRI EXTERNE

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Multe leziuni cutanate pot fi cauzate de o leziune externă care a deteriorat țesuturile. Cu toate acestea, severitatea semnelor clinice este influențată în mare măsură de agentul cauzator, durata și tipul expunerii, durata contactului și/sau orice acțiuni întreprinse în același context care ar putea provoca aceeași toxicitate.

În acest caz specific, au fost luate în considerare mai multe cauze potențiale care ar putea fi responsabile pentru apariția acestui ulcer unilateral, indolent și nevindecător pe plan nazal și care au fost, de asemenea, compatibile cu rezultatele testelor diagnostice.

În general, poziția expusă a botului unui câine și comportamentul său caracteristic de curiozitate îl fac mai predispus la traume externe, cum ar fi mușcăturile altor animale sau contactul cu substanțele lor

iritante și corozive. Cu toate acestea, deși bolile enumerate în secțiunea de diagnostic diferențial au fost ordonate în funcție de relevanța lor pe baza testelor de diagnostic specifice efectuate, uneori rezultatele acestor teste sunt neconcludente. Din acest motiv, este esențial ca medicul veterinar să se bazeze pe evoluția clinică a bolii și pe viteza de răspuns la tratament pentru a interpreta posibilul agent cauzal.

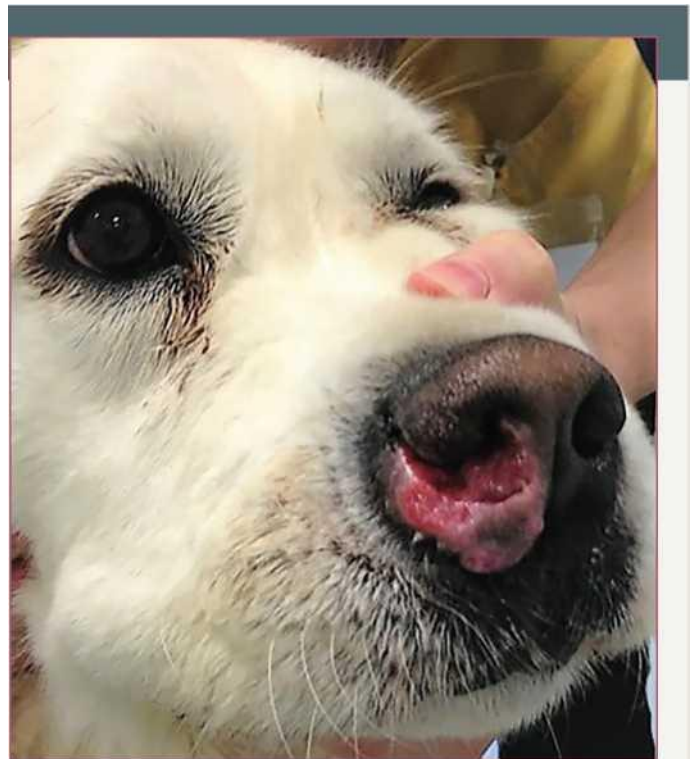
TRATAMENT

Tipul de tratament va depinde de dimensiunea, tipul și localizarea anatomică a leziunilor, precum și de modul în care se dezvoltă semnele clinice. Pentru tratarea infecțiilor secundare, o combinație de corticosteroizi și antibiotice poate fi utilă. În acest caz particular, terapia cu laser a fost sigură și eficientă pentru pacient.

Tabelul 1. Carcinom cu celule scuamoase

Carcinomul scuamos (CSC) este una dintre cele mai frecvente tumori ale planului nazal la câinii în vârstă, cu o incidență ridicată la masculii Labrador și Golden Retriever intacti (Fig. 6). CSC este invaziv local, cu rate variabile de metastaze, care apare de obicei în stadii avansate ale bolii. Se observă adesea un plan nazal slab pigmentat sau depigmentat și se constată frecvent o relație cauzală cu expunerea la soare. De obicei, începe cu o keratoză actină premalignă care apoi progresează către o formă mai invazivă. Semnele clinice clasice sunt apariția unui ulcer unilateral sau bilateral pe planul nazal, asociat cu inflamație, strănut și/sau epistaxis/sângerare. Rezecția chirurgicală și/sau radioterapia contribuie la remisia tumorii și îmbunătățesc calitatea vieții pacientului, cu efecte secundare ușoare și autolimitative.

Figura 6. Golden Retriever cu carcinom scuamos. Imagine oferită de Dr. C. Leo (Institutul Veterinar din Novara, Italia).



/ / ' / CAZUL 15

DERMATITĂ
HIPERKERATOZICĂ ȘI
CRUSTOASĂ LA UN
CĂȚEL

CAZUL 15. DERMATITĂ HIPERKERATOZICĂ ȘI CRUSTOASĂ LA UN CĂȚEL

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Pomeranian
- Vârstă: 8 luni
- Sex: feminin
- Stil de viață: Interior

INTRODUCERE

Următorul caz își propune să ilustreze o nouă afecțiune dermatologică descrisă recent la câini. Diagnosticul este atât clinic, cât și histopatologic. Cu toate acestea, dacă medicul veterinar nu este familiarizat cu această afecțiune, aceasta poate duce la un diagnostic greșit. Acest caz a debutat când pacientul era încă cățeluș. La această vârstă, alte afecțiuni ale pielii sunt mai frecvente.

ANAMNEZĂ

O cățelușă Pomeranian în vârstă de 8 luni, cu dermatită crustoasă extinsă, cu o durată de 3 luni, a fost trimisă la serviciul de

dermatologie. Leziunile erau localizate pe bot și urechi, cu prurit moderat. Animalul fusese tratat cu picături auriculare care conțineau prednisolon, polimixină B și miconazol, fără o ameliorare semnificativă. Au apărut mai multe cruste pe bot și trunchi, iar tratament cu amoxicilină-acid clavulanic s-a adăugat în doză de 15 mg/kg de două ori pe zi. Nici la acest tratament nu a existat răspuns. Pruritul s-a agravat, așa că s-a prescris oclacitinib în doză de 0,4 mg/kg de două ori pe zi. Pruritul s-a ameliorat, dar leziunile au continuat să se agraveze.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Nu s-au observat modificări semnificative.

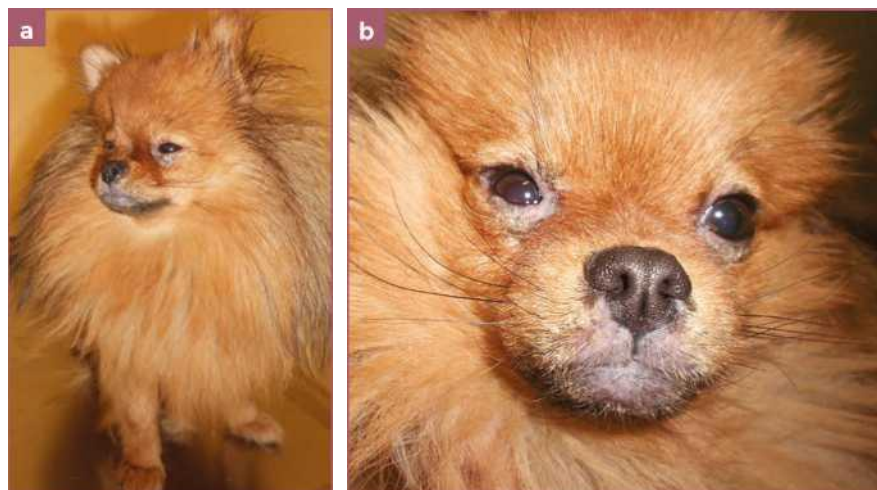


Figura 1. Alopecie și depigmentare pe bot și pleoape (a). Câteva cruste în zona periorculară (b).

EXAMEN DERMATOLÓGIC

Alopecie, depigmentare și cruste au fost observate bilateral pe ambele pleoape și pe bot (Fig. 1a și b). Pe partea interioară a pavilionului urechii s-au observat solzi gălbui, uleioși, care s-au unit pentru a forma plăci (Fig. 2a și b).

s-a detectat prezența unor papule, solzi cu aranjament liniar și coalescent și cruste groase, foarte aderente la piele și de culoare gălbuie până la neagră (fig. 3a și b).

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, s-a stabilit următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Dermatitis și limfadenită granulomatoasă sterilă (celulită juvenilă) (vezi tabelul 1).
- Eritem multiform hiperkeratotic.

- Asociate/induse de medicamente.
- Idiopatică.
- Dermatofitoză.
- Lupus eritematos cutanat generalizat.
- Demodexia juvenilă.

A fost inclusă și scabia sarcoptică, dar ca o opțiune mai puțin probabilă din cauza absenței pruritului, deși prezența solzilor pe urechi și bot ar putea fi compatibilă cu această parazitoză.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea microscopică a părului.
- Mai multe zgârieturi superficiale și profunde ale pielii.



Figura 2. Plăci mici, cu aspect uleios, pe ambele canale auditive interne (ayb).

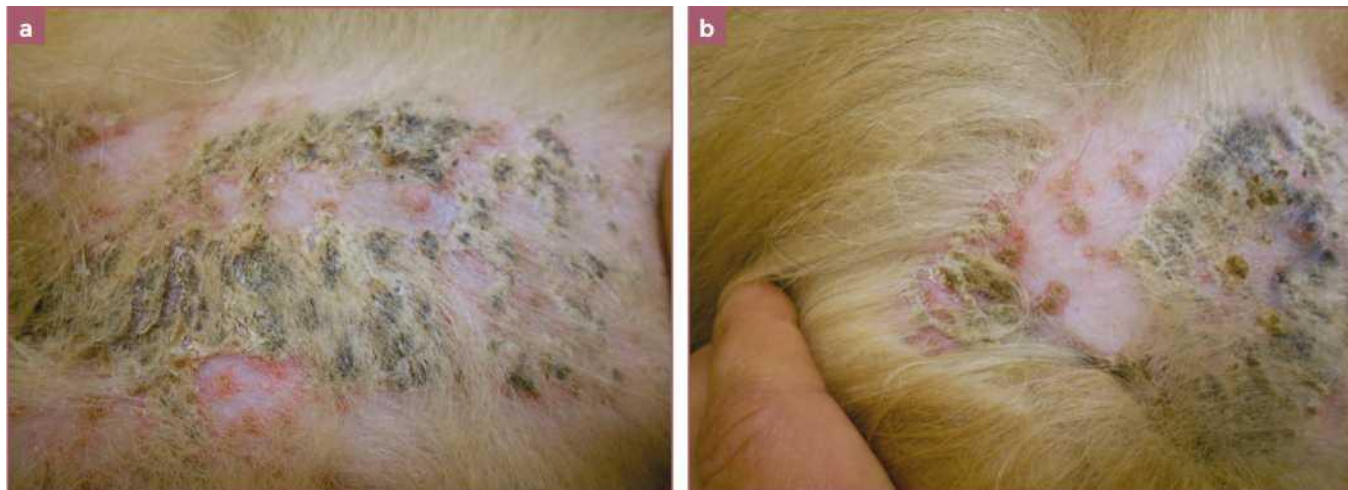


Figura 3. Papule, cruste și scuame, uneori hiperpigmentate, pe toracele ventrolateral (ayb).

- Cultură fungică (în cazul în care prelevările de piele și citologia au fost negative).
- Citologie.
 - Cu bandă adezivă.
 - Apunerea unei probe prelevate sub o crustă.
- În plus, s-a propus efectuarea mai multor biopsii cutanate la un moment dat, dacă nu s-au detectat ciuperci sau paraziți.

REZULTATE

- Examinarea microscopică a părului și a racletelor superficiale și profunde de piele a fost negativă pentru ciuperci și acarieni.
- Citologia prin amprentare și prin bandaj a dat rezultate similare. Singurele constatări au fost numeroase corneocite cu și fără nucleu, un număr moderat de neutrofile și, în mare parte, coci extracitoplasmatici.
- În studiul histopatologic, epiderma a prezentat o hiperplazie difuză marcată, cu ortokeratoză și parakeratoză notabile, care s-au extins ocazional la septul infundibular. De asemenea, s-a observat dermatită de interfață, cu afectarea celulelor bazale și prezența unei ușoare interfețe plasmocite compuse din limfocite, care a estompat jonțiunea dintre derm și epidermă (Fig. 4a-c). În toate straturile epidermice, au existat numeroase celule aflate în apoptoză, **adesea înconjurate de limfocite (satelitoză limfocitară) (Fig. 5)**.

Toate aceste constatări au fost în concordanță cu un diagnostic definitiv de eritem multiform hiperkeratotic.



Întrucât eritemul multiform a fost descris în unele ocazii ca o posibilă reacție adversă la medicament, s-a decis întreruperea tratamentului atât cu amoxicilină-acid clavulanic, cât și cu picăturile auriculare.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Un studiu recent a descris eficacitatea oclacitinibului în tratarea a doi câini cu eritem multiform hiperkeratotic. Cu toate acestea, în acest caz, tratamentul prescris de medicul veterinar trimițător înainte de consultația dermatologică nu a fost de mare ajutor. S-a început un nou tratament.

Satelitoza limfocitară

Satelitoza limfocitară este o caracteristică microscopică asociată cu fiziopatologia eritemului multiform și corespunde unui răspuns de hipersensibilitate al celulelor T specific gazdei. Se crede că - apoptoza keratinocitelor este indusă de limfocitele T datorită modificării antigenice, sensibilizării limfocitelor T CD4+ și activării limfocitelor T citotoxice CD8+.

Tratamentul a constat în administrarea de metilprednisolon în doză de 0,8 mg/kg de două ori pe zi. Toate celelalte tratamente (antibiotice sistemice și medicație otică) au fost întrerupte. De asemenea, au fost prescrise băi săptămânale cu un șampon cu zinc și sulf pentru a ajuta la îndepărtarea scuamelor și crustelor. Două săptămâni mai târziu, la prima urmărire, leziunile trunchiului se vindeaseră aproape complet (Fig. 6), botul era mai puțin edematos, iar crustele dispărușeră (Fig. 7). Doza de metilprednisolon a fost redusă treptat în următoarele patru săptămâni. Nu au apărut recidive după retragerea corticosteroidului.

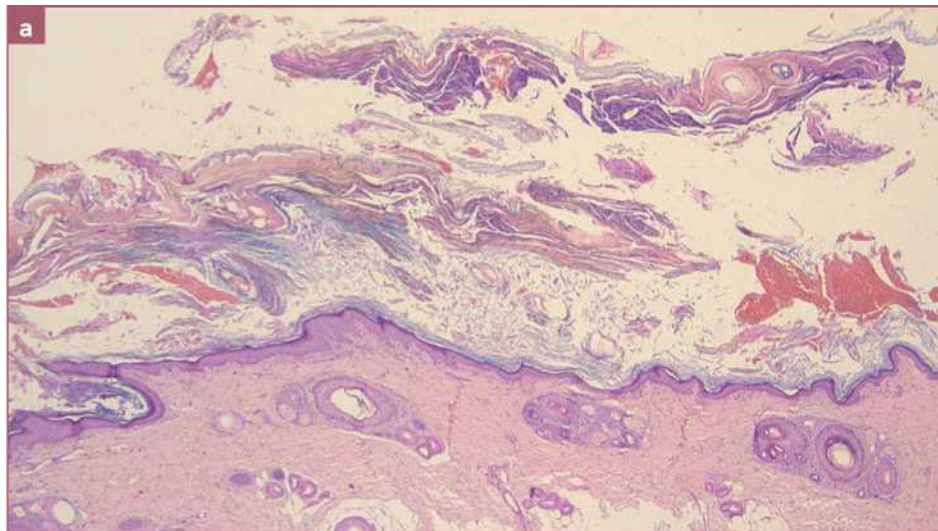
CONSIDERAȚII

În momentul scrierii acestui articol, eritemul multiform hiperkeratotic este un sindrom canin rar și puțin înțeles. Din acest motiv, adesea nu este inclus în diagnosticul diferențial. Vârsta câinelui la debutul - leziunilor și tabloul clinic inițial, cu leziuni care afectează urechile și botul, sugerau celulită juvenilă. O posibilă cauză a eritemei multiforme hiperkeratotice este o reacție adversă la un medicament, administrat topic sau sistemic. Cu toate acestea, fără un test de provocare al medicamentului suspectat, acest lucru nu poate fi confirmat.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Prezența unor scuame groase și a unor cruste ferm atașate de piele, precum și constatările histopatologice, sunt aspectele cheie ale acestui caz. Aceste constatări au permis medicului veterinar să pună și să confirme diagnosticul definitiv.

CASOS CLÍNICOS COMPLEJOS EN DERMATOLOGÍA DE PEQUEÑOS ANIMALES



CASOS CLÍNICOS COMPLEJOS EN DERMATOLOGÍA DE PEQUEÑOS ANIMALES

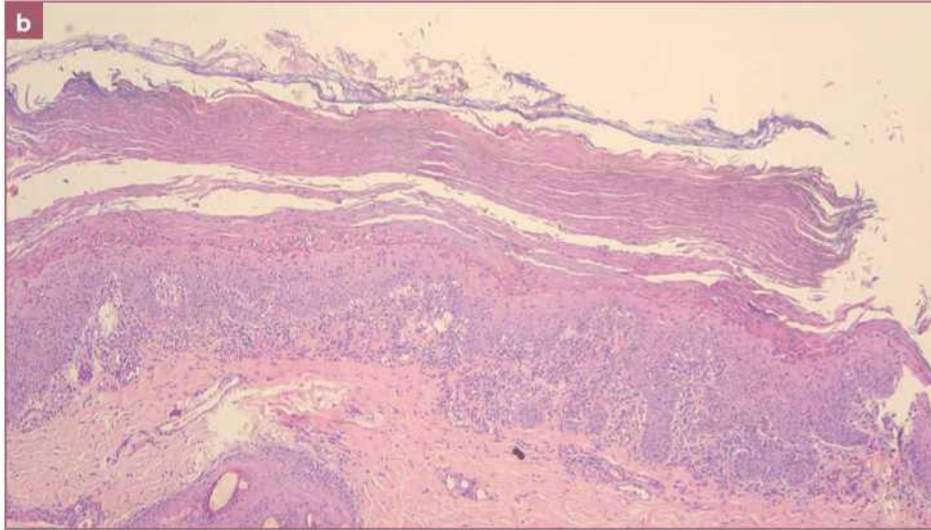
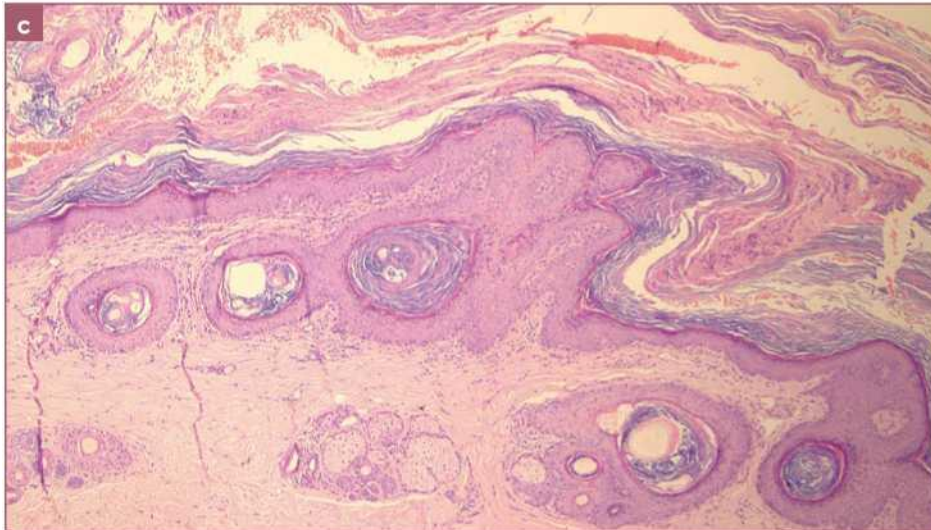


Figura 4. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxilină și eozină (H&E). Se observă hiperplazie epidermică neregulată și hiperkeratoză parakeratotică marcată (20x [a]). Prezența dermatitei de interfață, cu un infiltrat inflamator interstițial perivascular moderat, compus în principal din limfocite, histiocite și celule plasmatică pe suprafața dermală, a fost de asemenea evidentă (20x [b]). Foliculii de păr prezintă, de asemenea, hiperkeratoză și hiperplazie foliculară (40x [b]). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).



CASO 15. DERMATITIS
HIPERQUERATÓSICA Y
COSTROSA EN UN
CACHORRO

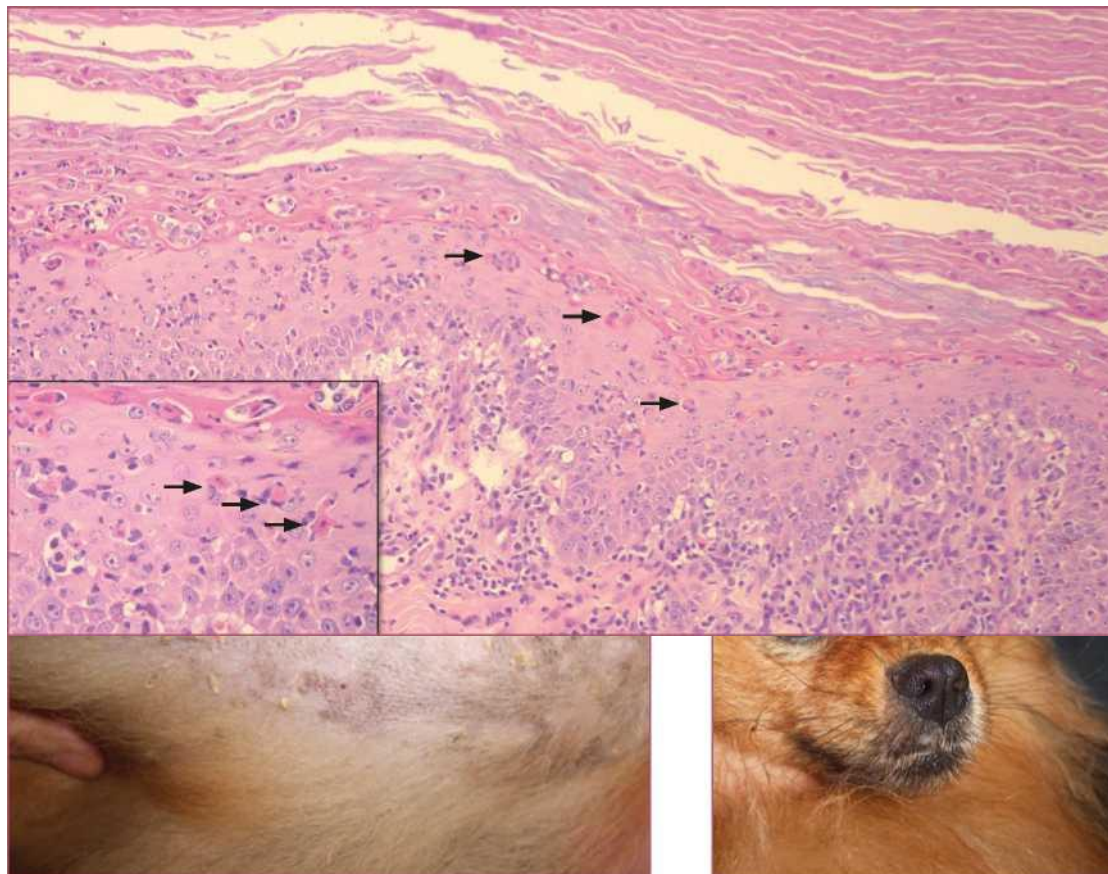


Figura 5. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxilină-eozină (H&E). Exocitoza limfocitelor este observată prin straturile epidermice, împreună cu keratinocitele în apoptoză și satelitoză limfocitară (săgeți) (40x).

Figura 6. Partea ventrolaterală a toracelui aceluiași pacient la 2 săptămâni de la începerea tratamentului.

Figura 7. Hocico de la misma paciente 2 semanas después de comenzar el tratamiento.

ERITEM HIPERKERATOTIC MULTIFORM

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Eritemul multiform hiperkeratotic este o variantă a eritemului multiform la câini. Câinii afectați prezintă macule și plăci eritematoase și hiperpigmentate, multifocale sau coalescente, liniare sau inelare, cu cruste hemoragice aderente la piele și/sau scuame uscate sau lipicioase de pigmentare variabilă. În cazurile descrise, zonele afectate au fost botul, urechile și regiunea perioculară. Distribuția este simetrică. Histologic, epiderma este hiperplazică, cu ortokeratoză și parakeratoză marcate și dermatită de interfață variabilă. O caracteristică histologică tipică a eritemului multiform, care se observă și în eritemul multiform hiperkeratotic, este apoptoza transepidermică a keratinocitelor cu satelitoză limfocitară. Modelul lezional se extinde până la infundibulul folicular, la fel ca și hiperkeratoza, rezultând o dilatare foliculară proeminentă și hiperkeratoză. Etiopatogeneza nu este pe deplin înțeleasă, deși prezența apoptozei și a satelitozei limfocitare sugerează un atac citotoxic al limfocitelor T, similar cu ceea ce se întâmplă la om. Cu toate acestea, factorul declanșator rămâne necunoscut. Doar un caz de eritem multiform hiperkeratotic s-a ameliorat la retragerea unui nutraceutic și s-a agravat la reintroducerea acestuia, dar nu au fost descrise alte cazuri care ar putea fi asociate cu acest factor declanșator. Eritemul multiform hiperkeratotic nu răspunde la tratamentul cu corticosteroizi și ciclosporină A. Într-un studiu, doar 3 din cele 18 cazuri raportate au arătat o remisie completă a leziunilor cu aceste tratamente. Două cazuri au răspuns rapid la administrarea de oclacitinib în doză de 0,6-0,9 mg/kg, de două ori pe zi, prezentând remisie completă după 7-12 săptămâni.

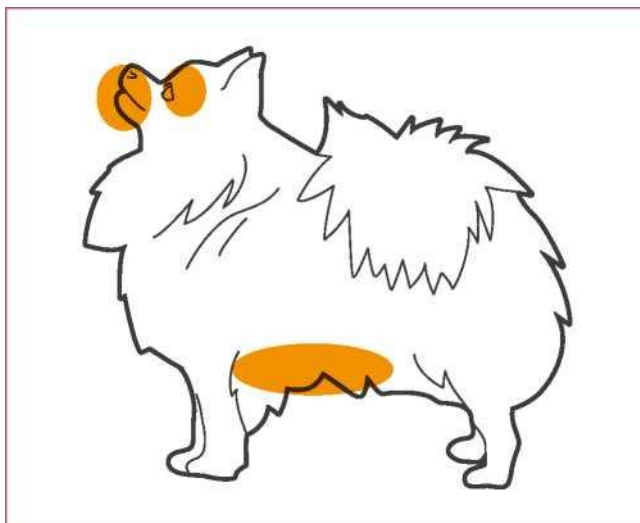


Figura 8. Las lesiones afectaban al hocico, las orejas y el tronco. Existía un prurito moderado. El dibujo muestra la distribución de las lesiones de este caso.

Tabelul 1. Dermatită și limfadenită granulomatoasă sterilă (celulită juvenilă)

Dermatita granulomatoasă sterilă și limfadenita reprezintă o afecțiune rară care afectează de obicei cățele și, ocazional, câinii adulți. Organele cel mai frecvent afectate sunt pielea și ganglionii limfatici. Cu toate acestea, unii câini pot prezenta febră, șchiopătare și letargie, sugerând implicare sistemică. Tabloul clinic inițial constă în edem și umflarea pleoapelor și a botului. Ulterior, apar pustule, eroziuni și cruste. Uneori sunt afectate și alte zone ale corpului, cum ar fi abdomenul, picioarele sau regiunea genitală și perianală (Fig. 9a). Urechile sunt, de asemenea, frecvent implicate, cu dezvoltarea otitei externe purulente și a edemului acut al canalelor auditive (Fig. 9b). Limfadenopatia este destul de frecventă, dar nu apare întotdeauna. În cazurile severe, mărirea ganglionilor limfatici este foarte pronunțată, iar fistulele se pot dezvolta direct din ganglionii limfatici sau în zone cu paniculită, cum ar fi trunchiul (Fig. 9c). Studiul histopatologic arată prezența unui granulom/piogranulom în derm, cu macrofage epitelioid mari care înconjoară un grup de neutrofile. Până în prezent, agentul etiologic nu a fost determinat, dar răspunsul rapid la tratamentul imunosupresor cu corticosteroizi indică o tulburare mediată imun. Unele rase par mai predispuse decât altele (Golden Retriever, Labrador Retriever, Dachshund și Gordon Setter). Acest lucru, combinat cu faptul că este o boală care afectează adesea mai mulți pui din aceeași literă, sugerează o componentă ereditară.

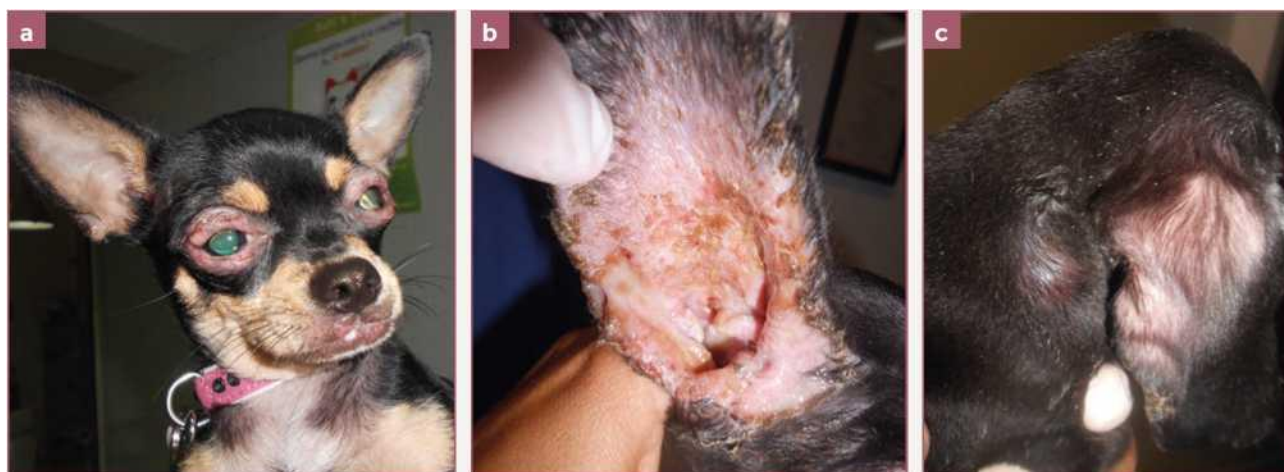


Figura 9. Cățeluș de Chihuahua cu celulită juvenilă. Se observă edem și depigmentare a botului, precum și blefarită edematoasă cu eroziuni și cruste (a). Otită externă purulentă la un Teckel cu celulită juvenilă (b). Ganglion limfatic prescapular la același câine ca în b). Se observă edem și o creștere notabilă în dimensiune (c).

An abstract geometric design featuring a large brown shape on the left with a diagonal line from the bottom-left corner to the top-right corner. To its right is a white rectangular area. Further right is a brown rectangular area containing the text 'CAZUL' and '16'.

CAZUL

16

DERMATITĂ ULCERATIVĂ NODULAR LA O PISICĂ

CAZUL 16. DERMATITĂ ULCERATIVĂ NODULARĂ LA O PISICĂ

RECENZIE

■ S
p
e
c
i
e
:
f
e
l



Figura 1. Gata cu
nódulo ulcerat în
planul nazal. Viste
dorsal (a) și frontal (b)
del planul nazal.

i
■ S
e
x
:
f
e
m
e
l
ă
s
t
e
r
i
l
i
z
a
t
ă
■ S
t
i
l
d
e
v
i
a
ț
ă
:
î
n
a
e
r
l
i
b
e
r

INTRODUCERE

Aceasta este o afecțiune proliferativă rară a pielii, a cărei patogeneză nu este încă bine înțeleasă. Pentru a confirma diagnosticul și a exclude alte posibile afecțiuni ale pielii, sunt întotdeauna necesare biopsii cutanate pentru a evalua modificările morfologice și histologice, precum și tehnici imunohistochimice. Medicii veterinari trebuie să știe și să înțeleagă cum să abordeze cazuri clinice de acest gen și ce procedură de diagnostic să urmeze.

ANAMNEZĂ

Această pisică s-a prezentat pentru evaluare din cauza unui nodul cu -

diametrul de aproximativ 1 cm pe planul nazal. Nodulul crescuse progresiv în timp. Pisica nu primise niciun tratament înainte de vizită și provenea de la un adăpost.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

În momentul consultației, pisica era alertă și nu prezenta alte semne clinice.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Un singur nodul, ferm, ulcerat, a fost observat pe planul nazal. Nu a fost dureros. Nasul își pierduse anatomia normală (Fig. 1). Nu au fost detectate alte anomalii cutanate în alte zone ale corpului. La examinare, ganglionii limfatici nu erau măriți.

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor animalului, a istoricului medical și a constatărilor clinice, precum și luând în considerare bolile care se prezintă clinic prin apariția unui nodul solitar, a fost inclusă următoarea listă de diagnostice diferențiale:

- Inflamație granulomatoasă cu agenți patogeni infecțioși care trebuie identificați (folosind tehnici speciale de colorare) (vezi tabelul 1).
- Neoplazie (mastocitom, limfom sau melanom amelanotic).
- Leziune nodulară atribuibilă complexului granulomat eozinofilic felin (mai puțin probabilă).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea citologică a probelor obținute prin aspirație cu ac fin (PAAF).

În vederea efectuării unor teste suplimentare, au fost efectuate următoarele analize:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.

În plus, au fost prelevate probe de țesut și biopsii cutanate cu animalul sub anestezie pentru culturi bacteriene și fungice, precum și pentru studiu dermatopatologic.

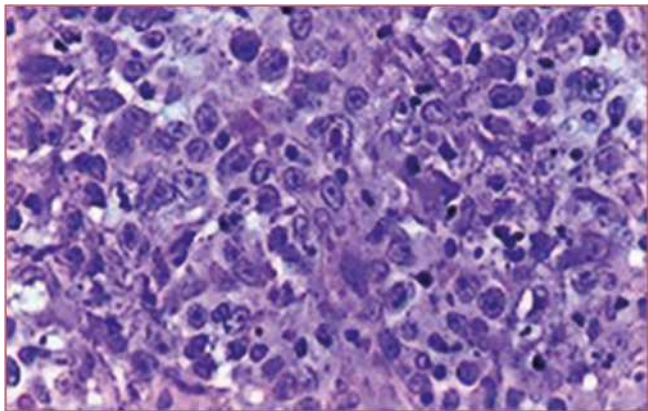


Figura 2. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxilină-eozină (H&E). Se observă un nodul dermal cu agregate multinodulare de celule rotunde mari, atât superficial, cât și profund (40x).

REZULTATE

- PAF: s-a observat o populație compusă din celule rotunde cu câteva celule poligonale intercalate, cu nucleii rotunzi sau neregulați și o prezență rară a citoplasmei albastru pal.
- Hemoleucogramă/profil biochimic seric/analiză de urină: rezultatele au fost în limite normale.
- Culturi microbiologice ale probelor de țesuturi: negative atât pentru bacterii, cât și pentru fungi.
- Constatări dermatopatologice (colorare cu hematoxilină și eozină, H&E): În dermul profund, a fost identificată o populație celulară de celule rotunde, de dimensiuni medii spre mari, cu margini bine definite, un raport nucleu-citoplasmă intermediar, citoplasmă omogenă, palidă și abundent eozinofilă, nucleii ovali sau reniformi și un nucleol proeminent, intens colorat. Indicele mitotic a fost de până la 5 mitoze pe câmp de mare putere. Figurile mitotice au fost atipice și multipolare. De asemenea, au fost detectate unele neutrofile și limfocite împrăștiate printre aceste proliferări de celule atipice (Fig. 2).
- De asemenea, s-au efectuat colorații histochemice, inclusiv colorații Ziehl-Neelsen, Giemsa și PAS, pentru a exclude alte posibile modificări incluse în lista de diagnostic diferențial pe baza caracteristicilor morfologice ale celulelor. Toate rezultatele au fost negative.
- Având în vedere dificultatea identificării adevăratei origini a problemei, s-a propus utilizarea unor markeri imunohistochimici specifici. Cele mai importante rezultate sunt prezentate în Tabelul 1.

TABELUL I. Expresia imunohistochimică a markerilor specifici.	
Imunofenotip	Rezultate
CD3	-
CD20	-
Ibal	+ (90% celule neoplazice)
Vimentina	Slab pozitiv
Melan A/PNL2	-
E-caderină	+ <5%

CASO 16. DERMATITIS ULCERATIVA NODULAR EN UN GATO

En un gato de 10 años, macho, se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.

Se observan lesiones cutáneas en la zona del abdomen y miembros anteriores.



Molecula adaptore de legare a calciului ionizat (Iba1) este considerată un marker imunohistochimic al tulburărilor histiocitare inflamatorii, neoplazice și proliferative ale pielii, așa că în acest caz diagnosticul prezumtiv a fost histiocitoza progresivă felină.

Interpretarea rezultatelor imunohistochimice, istoricul medical și datele clinicopatologice au ghidat diagnosticul.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Propunerea inițială a fost excizia chirurgicală a nodulului, dar având în vedere localizarea acestuia și stilul de viață al animalului, au fost explorate mai întâi alte opțiuni. Pacientul s-a întors la adăpost cu un tratament cu corticosteroizi (prednisolon <2 mg/kg/zi). Deși animalul a opus rezistență administrării medicației, răspunsul a fost bun și s-a observat o oarecare ameliorare clinică (Fig. 3).

CONSIDERAȚII

Histiocitoza progresivă felină este o boală cutanată proliferativă histiocitară adevărată, în principal nodulară și rară.

Termenul histiocit a cuprins diverse tipuri de celule de-a lungul timpului. În prezent, este acceptat ca termen general care se referă la celulele dendritice sau la liniile de macrofage. Acestea din urmă sunt mai eficiente în fagocitarea agenților patogeni, în timp ce celulele dendritice sunt mai strâns asociate cu prezentarea antigenului. Prin urmare, acestea ar fi un tip de celulă prezentatoare de antigen (APC). Cu toate acestea, diferite linii de celule dendritice sunt situate în țesuturi specifice și includ celule Langerhans din epiteliul epidermei și din sistemele digestiv, reproducător și respirator, precum și celule dendritice interstițiale în locațiile perivasculare ale multor organe. În histiocitoza progresivă felină, se consideră că celulele neoplazice derivă din celulele dendritice interstițiale, deși în unele cazuri s-a demonstrat că celulele neoplazice sunt pozitive pentru E-caderină, un marker al celulelor Langerhans. Rezultatele sunt încă subiect de dezbateri și investigație.

Citologia este întotdeauna prima și cea mai puțin invazivă etapă în orice boală nodulară a pielii care implică histiocite, deoarece permite identificarea caracteristicilor citologice specifice ale leziunilor, în special în stadiile incipiente ale bolii. Cu toate acestea, în procesele

nodulare histiocitare cronice se observă atipii mai evidente și/sau un infiltrat semnificativ de limfocite și, mai rar, mastocite, ceea ce poate complica interpretarea citologică. Histiocitoza progresivă felină este

Figura 3. Se observa majoria

adesea diagnosticată greșit ca o reacție inflamatorie și nu este întotdeauna caracterizată corect prin citologie. Pentru a evita acest lucru, o abordare alternativă mai fiabilă ar fi aplicarea tehnicilor imunohistochimice direct asupra preparatelor citologice. În acest caz, citologia a relevat prezența celulelor rotunde sau poligonale, dintre care unele aveau nuclee neregulate și citoplasmă abundentă, omogenă. Cu toate acestea, caracterizarea imunocitohistochimică nu a fost efectuată. Analiza imunohistochimică a secțiunilor histologice fixate în formalină și incluse în parafină a arătat că celulele neoplazice au exprimat în principal molecula Iba1. Prin urmare, s-a confirmat că celulele au o origine histiocitară.

Din punct de vedere clinic, nodulii de histiocitoză progresivă felină sunt de obicei localizați în zone specifice ale corpului, cum ar fi capul și membrele. Cu toate acestea, în



acest caz, a existat un singur nodul pe planul nazal (Fig. 4), o distribuție destul de atipică în comparație cu ceea ce ar fi de așteptat. La unele pisici, leziunile se pot extinde la ganglionii limfatici și/sau alte organe interne. În momentul consultației, pisica nu prezenta alte semne în afară de nodul. După câteva luni de urmărire, boala nu a progresat (ceea ce ar fi implicat dezvoltarea altor noduli cutanați și/sau apariția unor semne clinice sistemice). Cu toate acestea, nu au fost efectuate teste suplimentare pentru a evalua dacă boala se manifesta intern.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Tabloul clinic compatibil cu o boală nodulară cutanată progresivă, rezultatele citologiei, în special în stadiile incipiente, unde se observă prezența celulelor histiocitare independente sau slab coezive, și efectuarea testelor complementare specifice sunt aspectele care nu ar trebui să lipsească niciodată pentru a diagnostica în mod fiabil histiocitoza progresivă felină.

HISTIOCITOZA PROGRESIVĂ FELINĂ

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Până în prezent, bolile histiocitare proliferative la pisici au fost clasificate din punct de vedere clinic și histopatologic după cum urmează:

- Histiocitoza progresivă felină.
- Sarcom histiocitar felin diseminat sau localizat.
- Histiocitoza pulmonară cu celule Langerhans feline.

Dintre aceste trei patologii, histiocitoza progresivă felină afectează pisicile de vârstă mijlocie sau mai în vârstă. Nu există o predispoziție mai mare bazată pe rasă sau sex (deși unele studii indică o incidență ușor mai mare la femele). Tabloul inițial clasic este apariția unui nodul ferm, ulcerat și/sau fără păr, nedureros și non-pruriginos. Nodulul poate fi solitar sau pot exista mai mulți noduli care se unesc pentru a forma plăci mai mari, preferențial pe cap, membrele distale și trunchi. Etiologia histiocitozei progresive feline este necunoscută, dar, potrivit unor autori, aceasta reprezintă un neoplasm primar de celule dendritice cutanate de grad scăzut, care inițial progresează lent. Alți autori sugerează că leziunile se pot chiar ameliora momentan înainte de a se agrava din nou, dar remisia completă a bolii nu a fost niciodată descrisă. În alte cazuri, leziunile pot crește în mase care se răspândesc la ganglionii limfatici și organele interne, cum ar fi rinichii, ficatul, splina și plămânii, provocând în cele din urmă moartea sau necesitând eutanasiu umană. Odată diagnosticată, boala poate progresa timp de luni de zile. Confirmarea diagnostică se bazează pe examinarea histopatologică a leziunilor, tehnici imunohistochimice și tehnici imunocitohistochimice pe probe citologice necolorate, uscate la aer și fixate cu acetonă.

TRATAMENT

Ori de câte ori este posibil, nodulii trebuie îndepărtați chirurgical. Cu toate acestea, intervenția chirurgicală nu previne apariția de noi leziuni în alte părți ale corpului și pot apărea și recidive locale după intervenția chirurgicală. Au fost încercate fără succes diverse tipuri de tratament, de la chimioterapie la medicamente imunosupresoare și imunomodulatoare.

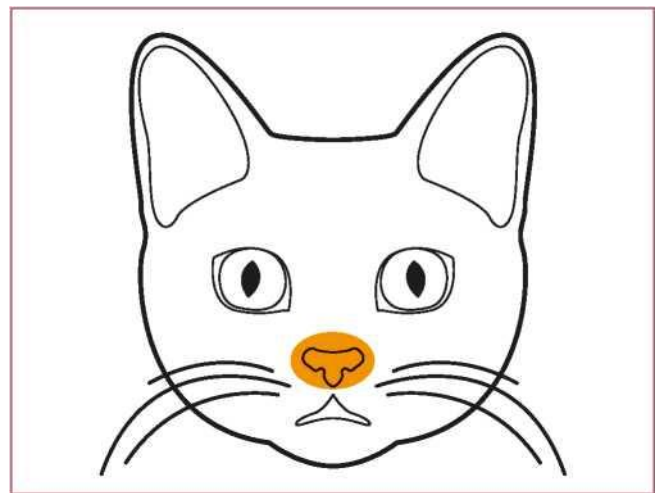


Figura 4. Nodul de histiocitoză progresivă felină localizat în planul nazal. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

Tabelul 1. Diagnostic diferențial al inflamațiilor granulomatoase

Inflamația granulomatoasă trebuie inclusă în diagnosticul diferențial al histiocitozei progresive feline. Aceasta se caracterizează prin prezența în citologie a macrofagelor reactive și a celulelor gigante multinucleate amestecate cu neutrofile. De asemenea, pot fi observate limfocite, plasmocite și agenți etiologici responsabili de inflamație.

Lepra felină ar trebui, de asemenea, inclusă în diagnosticul diferențial. Aceasta este o infecție cutanată rară, granulomatoasă, nodulară, care afectează pisicile, cauzată de bacili acido-rezistenți. Aceste bacterii sunt foarte dificil sau aproape imposibil de cultivat folosind tehnici standard de laborator. Datorită biologiei moleculare, sunt disponibile date noi, care dezvăluie că mai multe specii decât se credea anterior sunt implicate în dezvoltarea leziunilor. *Mycobacterium lepraemurium* este probabil cel mai frecvent agent patogen la pisicile tinere și adulte. Leziunea inițială este de obicei o singură leziune mobilă sub piele. Este de obicei o masă ridicată, cărnoasă, nedureroasă, situată pe cap sau membre, deși poate fi găsită și pe planul nazal (Fig. 5), pe buze sau pe limbă.

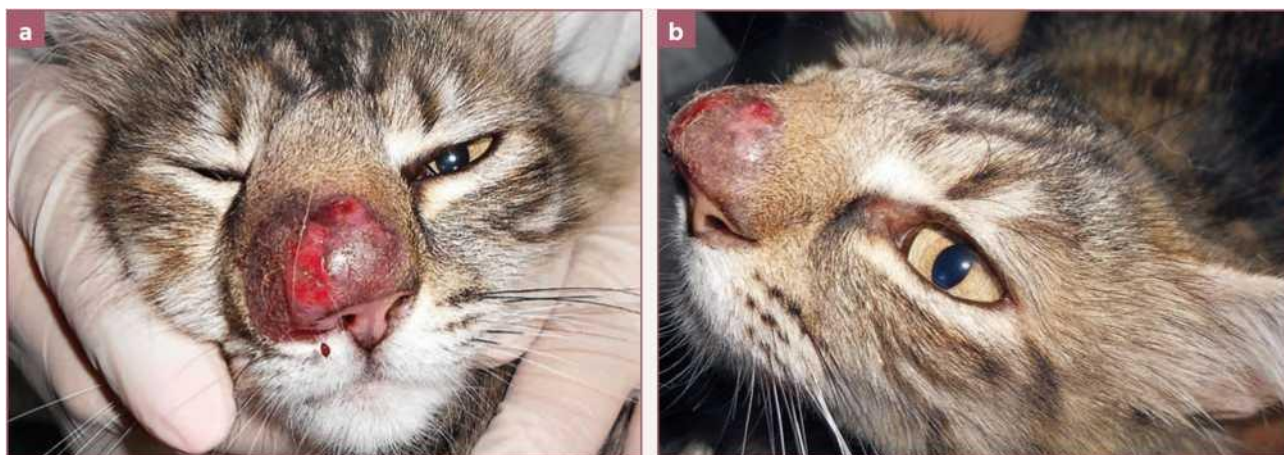


Figura 5. Masa unică, no dolorosa, elevada y ulcerada en el plano nasal de un gato joven. A este gato se le diagnosticó lepra felina por *Mycobacterium lepraemurium*.

A partir de esa lesión inicial pueden desarrollarse otras, ulcerarse y extenderse a los linfonodos regionales. Al principio los gatos afectados mantienen un buen estado general, pero en algunos casos la infección se generaliza y pueden sufrir malestar general, fiebre y depresión. El diagnóstico se confirma mediante la detección de bacilos acidorresistentes en extensiones de las lesiones. Estos microorganismos no fijan las tinciones (tinción negativa) de Romanowsky como puede ser la tinción Diff-Quik (fig. 6), pero al teñir las biopsias cutáneas con tinciones para bacterias acidorresistentes (tinciones de Ziehl-Neelsen y Fite), los microorganismos acidorresistentes fijan la fucsina. Como se ha mencionado anteriormente, las metodologías moleculares actuales permiten obtener más información. Cuando se detecta el agente causal y se logra determinar la sensibilidad a los antibióticos de la bacteria en cuestión, el pronóstico es bueno.

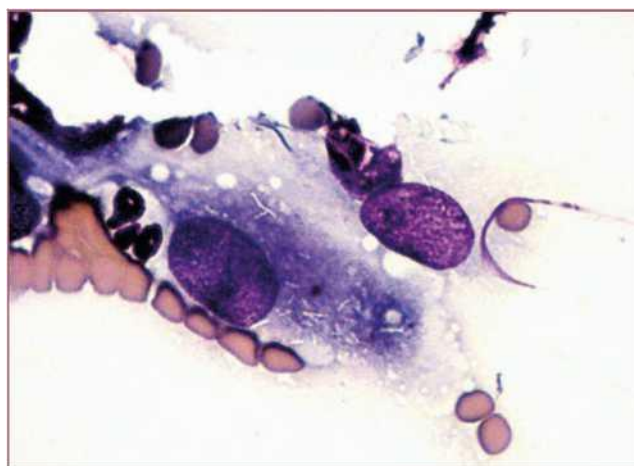


Figura 6. Extensión teñida con tinción Diff-Quik. Es evidente el contorno de los bacilos que no han fijado la tinción. Se disponen individualmente o en paquetes, predominantemente en el interior de macrófagos.

CASO 16. DERMATITIS ULCERATIVA NODULAR EN UN GATO

legate de acest caz clinic și pentru ajutorul acordat în redactarea acestuia.

CASO 17

DERMATITĂ ULCERATIVĂ ȘI ALOPECIE LA UN CÂINE

CAZUL 17. DERMATITĂ ULCERATIVĂ ȘI ALOPECIE LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: metis
- Vârstă: 18 luni
- Sex: feminin
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

Următorul caz reprezintă un tablou clinic controversat, caracterizat prin mai multe afecțiuni adesea foarte diferite. Este frecvent o boală idiopatică, ceea ce face dificilă clasificarea tuturor manifestărilor sale posibile. Până în prezent, nu a fost caracterizată în mod adecvat.

ANAMNEZĂ

A fost solicitată o consultație dermatologică pentru evaluarea unui câine cu dermatită crustoasă multifocală și alopecie trunchiară, debutată la vârsta de aproximativ 6 luni. Animalul primise mai multe cure de antibiotice și corticosteroizi sistemici, care au ameliorat parțial semnele clinice, dar dermatita a recidivat imediat ce tratamentul a fost întrerupt. În consecință, alopecia nu s-a remis niciodată. În plus, câinele a prezentat și episoade intermitente de prurit, care a agravat leziunile cauzate de scărpinat.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Nu s-au observat modificări semnificative.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Alopecia era bilaterală și afecta doar trunchiul, în zonele cu păr albastru sau gri. Zonele albe erau



Figura 1. Ulcere și cruste cu model serpentină în zona alopecică a pieptului stâng. Observați cum alopecia este limitată la zonele cu păr gri.

Leziunile păreau normale. Ulcere și cruste au fost găsite pe partea stângă a toracelui. Leziunile aveau o configurație serpiginosă (Fig. 1 și 2a). Două leziuni focale au fost, de asemenea, găsite pe toracele drept: o escară mică, rotundă și un ulcer asemănător unui crater (Fig. 2b). Proprietarul a raportat că un prurit ușor a început cu doar câteva zile înainte.

Diagnostic diferențial

Pe baza caracteristicilor, istoricului și constatărilor clinice ale animalului, s-au stabilit următoarele: faptul că alopecia a afectat doar părul albastru sau gri era compatibil cu alopecia cu diluție de culoare, mai ales având în vedere că zonele cu păr alb nu au fost afectate. Cu toate acestea, ulcerurile nu apar în această patologie. Dacă se consideră că toate leziunile se datorează aceleiași afecțiuni,

CASO 17. DERMATITIS ULCERATIVA Y ALOPECIA EN UN PERRO

Ulcerele și crustele pot fi cauzate de foliculita bacteriană profundă , care este o prezentare clinică neobișnuită la câinii cu alopecie cu diluție colorată.

- Teste de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania* spp., *Ehrlichia canis* (IgG) și *Rickettsia* spp. (IgG și IgM).



Figura 2. Detalle de la lesión en el flanco izquierdo (a) y úlcera crateriforme acompañada de una escara en el flanco derecho (b).

Prin urmare, s-a decis includerea următoarei liste de diagnostice diferențiale:

- Considerând alopecia și ulcerele ca expresii ale aceleiași boli:
 - Alopecie prin diluție colorată cu infecție bacteriană profundă/paniculită secundară.
- Considerând ulcerele ca leziuni cauzate de o altă boală decât alopecia prin diluție de culoare:
 - Vasculită.
 - Boală infecțioasă (de origine bacteriană, protozoară sau cauzată de o boală transmisă de căpușe).
 - Reacția la vaccin.
 - Idiopatică/imun-mediată.
 - Paniculită.
 - Din cauza agenților infecțioși (ciuperci sau bacterii).
 - Paniculită nodulară sterilă idiopatică (vezi tabelul 1).

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Examinarea microscopică a părului.
- Citologie: plasarea unei probe prelevate de sub o crustă.
- Mai multe biopsii cutanate.
- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.

REZULTATE

- Analiza microscopică a părului a relevat agregate de melanozomi de-a lungul tijei firului de păr, cu o concentrație marcată de melanină, deformarea bulbului firului de păr și o tijă fragilă (Fig. 3a și b). Aceste rezultate, împreună cu faptul că alopecia a afectat doar zonele de păr albastru/gri, au confirmat diagnosticul de alopecie prin diluție a culorii.
- Examinarea citologică a probei prelevate de sub o crustă a identificat prezența unei inflamații neutrofile cu macrofage ocazionale și numeroși cocci.
- Rezultatele hemoleucogramei, profilului biochimic și analizei de urină au evidențiat doar leucocitoză moderată ($13,25 \times 10^3$ /pl; interval de referință: $5,91-11,45 \times 10^3$ /pl) datorată neutrofiliei, dar fără alte modificări detectabile.
- Rezultatele serologiilor împotriva *Leishmania* spp., *Ehrlichia canis* și *Rickettsia* spp. au fost toate negative.
- S-au prelevat mai multe biopsii cutanate.
- Studiul histopatologic al probei prelevate dintr-una dintre zonele alopecice a evidențiat prezența unei atrofii și deformări foarte marcate și difuze a structurilor foliculare, asociată cu o paloare omogenă a dermului superficial și o dermatită de interfață cu celularitate redusă (degenerare multifocală a keratinocitelor bazale cu unele celule în apoptoză și prezența unui infiltrat inflamator).

CASO 17. DERMATITIS ULCERATIVA Y ALOPECIA EN UN PERRO

superficial în dermul compus în principal din limfocite, histiocite și plasmocite). Agregate de melanină erau prezente în epidermă, derm și foliculii de păr. Vasele de calibru mic aveau un perete

Toate aceste rezultate, interpretate împreună, ne-au

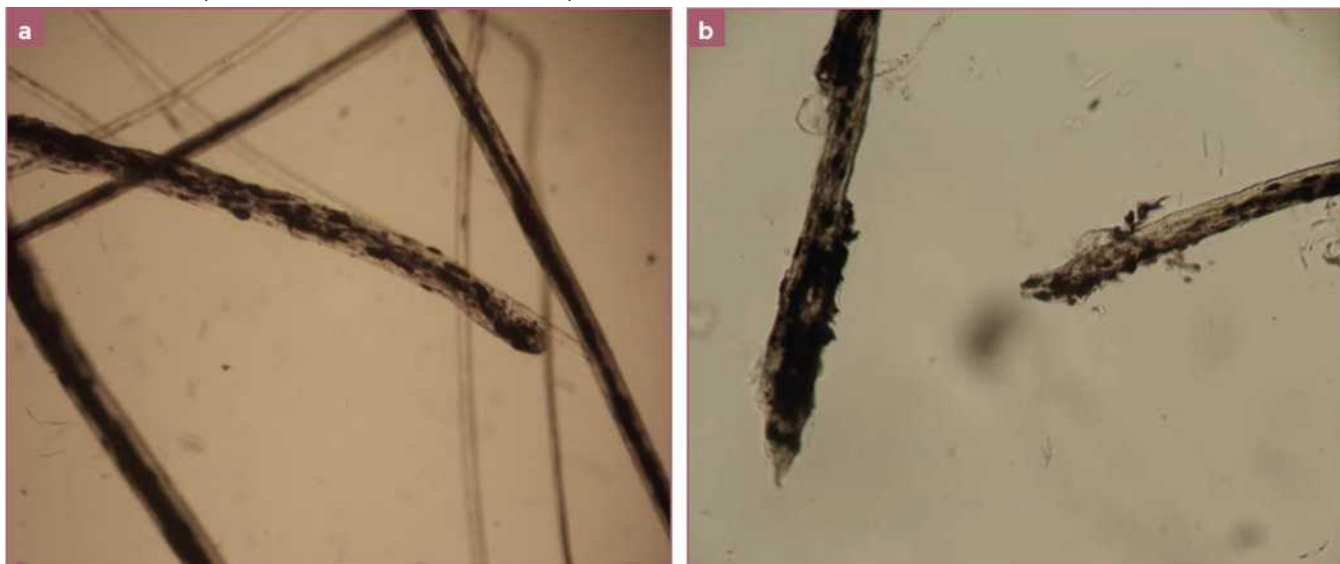


Figura 3. Examen microscópico del pelo donde se observa la presencia de agregados melánicos irregularmente distribuidos en el tallo piloso y alteración de la anatomía del bulbo piloso (a y b).

hipereozinofil fără endoteliu și cu hemoragie superficială multifocală (Fig. 4a-d).

■ Probele prelevate din ulcere și cruste au arătat

prezența pustulelor subcorneene și a eroziunilor focale.

În plus, a existat un infiltrat inflamator perivascular cu prezența resturilor celulare și a microhemoragiilor focale în derm (fig. 5a și b).

permis să confirmăm diagnosticul de alopecie prin diluție colorată și să demonstrăm afectarea vasculară prezentă în diferite stadii evolutive.



Agregarea melanozomilor (vezi și cazul 3).

Prezența melanozomilor agregați este tipică la câinii cu displazie foliculară asociată culorii blănii (displazie foliculară cu păr negru și alopecie cu diluție a culorii) (Fig. 3). Culoarea diluată a blănii rezultă din deschiderea firelor de păr negre sau maronii, producând culori precum albastru, gri, crem sau roșu. Această diluție este legată de una sau mai multe mutații ale melanofilinei care interferează cu transportul melanozomilor de la melanocit la celulele epidermice și foliculare, ducând la o distribuție și agregare anormală a melanozomilor. Acest lucru, la rândul său, creează neregularități în tija firului de păr, făcându-l mai predispus la rupere și dezorganizare, rezultând pierderea părului și alopecie. Gradul de agregare este direct proporțional cu severitatea semnelor clinice. Astfel, atunci când agregatele sunt mici, unii câini cu blană diluată nu vor dezvolta alopecie sau o vor dezvolta doar la o vârstă înaintată.

CASO 17. DERMATITIS ULCERATIVA Y ALOPECIA EN UN PERRO

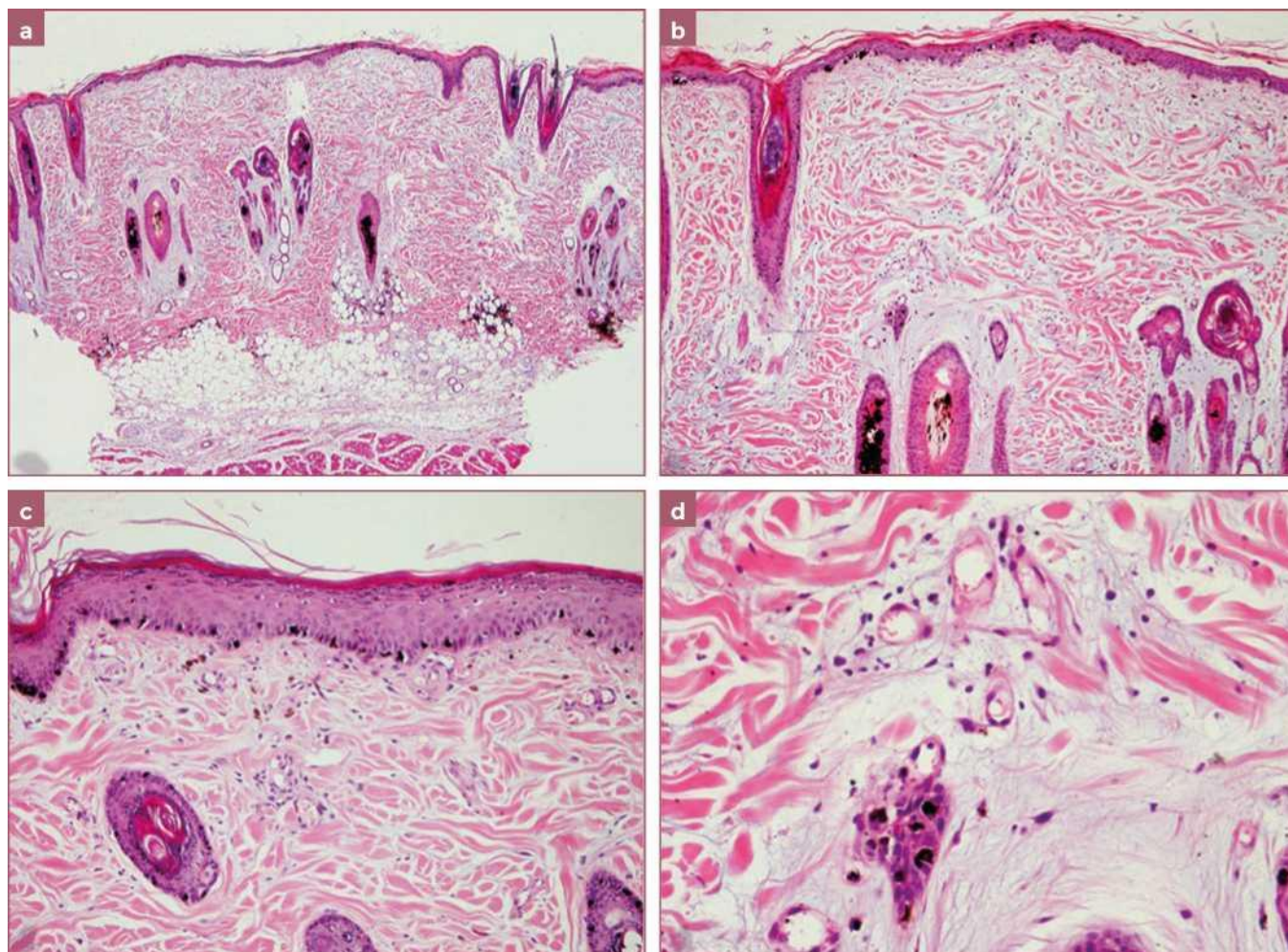


Figura 4. Constatări dermatopatologice. Colorație cu hematoxină și eozină (H&S). Atrofie și distorsiune a structurilor foliculare cu alopie difuză a dermului superficial (4x și 10x [a și b]). Melanină puternic aglutinată se observă în stratul bazal al epidermei (20x [c]). Vasele mici prezintă un perete hipereozinofil și un infiltrat inflamator perivascular ușor (40x [d]). Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

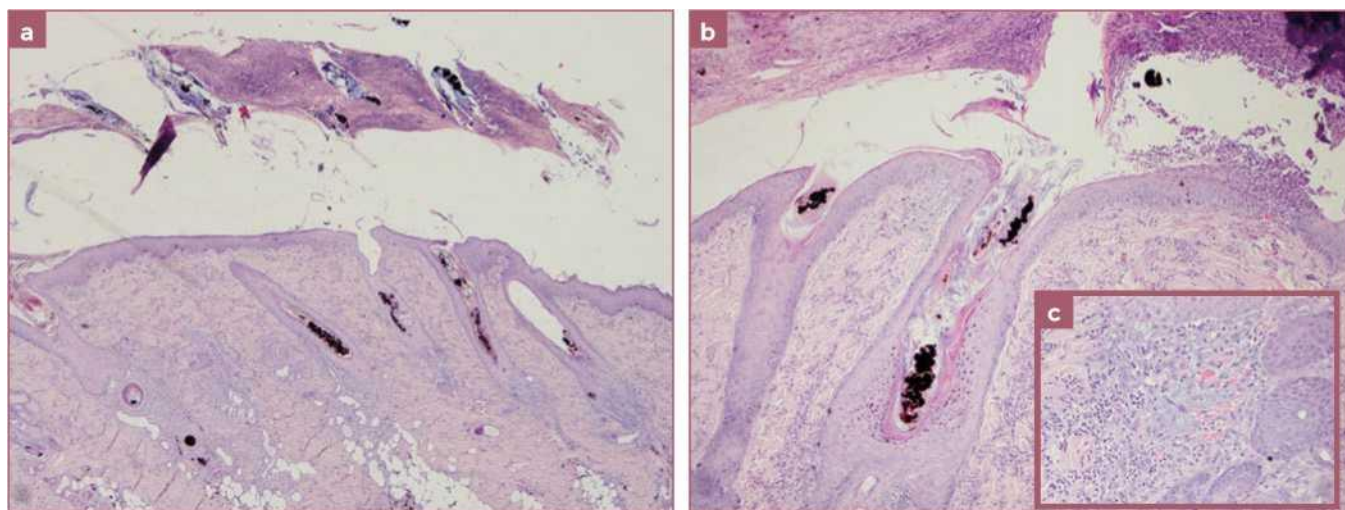


Figura 5. Constatări dermatopatologice. Colorație hematoxină-eozină (H&S) (40x). Pustule subcorneene cu focare de eroziune (a) și ulcere epidermice (b).

CASO 17. DERMATITIS ULCERATIVA Y ALOPECIA EN UN PERRO

(b). Se observă extravazarea eritrocitelor pe suprafața dermului în apropierea vaselor de calibru mic (c).
Imagini oferite de Dr. C. Brachelente (Universitatea de Medicină Veterinară din Perugia, Italia).

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Căinele a fost tratat cu oclacitinib în doză de 0,6 mg/kg de două ori pe zi. Acest medicament ajută la ameliorarea pruritului (prezent la acest câine, posibil din cauza unei infecții bacteriene secundare) și s-a dovedit a fi eficient și în cazurile de dermatopatie ischemică. Doxiciclina a fost adăugată în doză de 5 mg/kg de două ori pe zi pentru a rezolva infecția bacteriană superficială și, de asemenea, pentru presupusul său efect imunomodulator în bolile dermatologice mediate imun (de exemplu, vasculita mediată imun). Pentoxifilina a fost, de asemenea, prescrisă în doză de 10 mg/kg de două ori pe zi pentru efectele sale pozitive asupra circulației sângelui și pentru a trata vasculita. După două săptămâni, leziunile s-au ameliorat considerabil. Aceeași terapie a fost continuată timp de cel puțin încă 14 zile. La următoarea urmărire, ulcerurile se vindecaseră (Fig. 6 și 7).

Tratamentul cu doxiciclină a fost întrerupt, iar doza de oclacitinib a fost redusă la o dată pe zi. Pentoxifilina a fost menținută la același nivel. La vizitele de urmărire din următoarele 12 luni, fiecare încercare de întrerupere a tratamentului cu oclacitinib a dus la o recidivă, așa că s-a decis continuarea administrării unei doze de întreținere de 0,6 mg/kg o dată pe zi. După câteva luni de tratament, au început să crească fire de păr în zonele de păr gri afectate de alopecia cu diluție a culorii, sugerând că alopecia inițială extinsă ar fi putut fi exacerbată de leziunile vasculare existente (Fig. 8).



Figura 6. Flancul stâng al pacientului la 4 săptămâni de la începerea tratamentului.



Figura 7. Flancul drept al pacientului la 4 săptămâni după începerea tratamentului. Ulcerul de tip crater se vindecă și doar cicatricea hipopigmentată rămâne vizibilă.

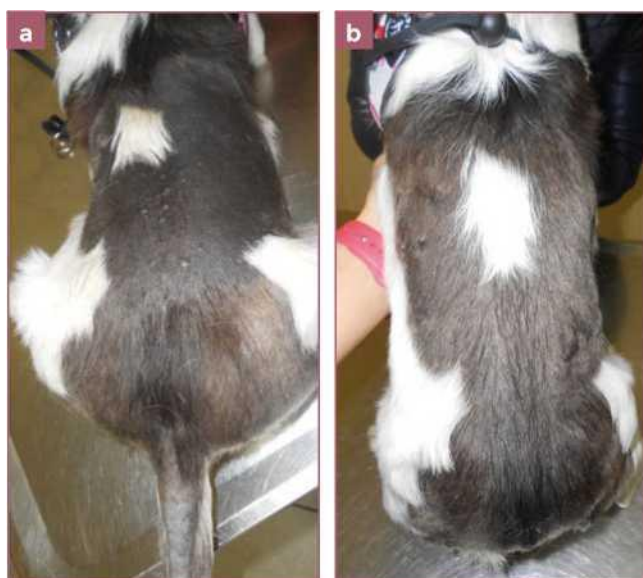


Figura 8. Zona dorsală stângă a pacientului la începutul tratamentului (a). Au fost evidente alopecie extinsă și numeroase papule datorate foliculitei bacteriene. Părul a crescut din nou în ciuda prezenței displaziei foliculare (b).

CONSIDERAȚII

Vasculita cutanată este de obicei descrisă ca o boală ușoară care afectează în principal zonele anatomice periferice, cum ar fi membrele, pernutele labelor, unghiile, vârful urechilor, buzele, coada, nasul sau scrotul. Motivul acestei predilecții pentru aceste localizări este necunoscut, dar ar putea fi legat de faptul că aportul de sânge către aceste zone este deja mai scăzut, ceea ce duce la temperaturi mai scăzute. În plus, aceste zone sunt mai ușor de traumatizat decât altele. Implicarea trunchiului ar putea fi asociată și cu faptul că acesta este locul unde se administrează vaccinurile. În acest caz, ar fi vasculită indusă de vaccinare. Ar putea fi, de asemenea, cauzată de o vasculită

mai generalizată sau sistemică.

În acest caz, nu se poate exclude o legătură cu administrarea vaccinurilor la cățeluș. Pentru a reduce riscurile și a preveni agravarea semnelor clinice, s-a decis să nu se mai administreze alte vaccinuri.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Escarele și ulcerale cratere sunt leziuni asociate de obicei cu necroza tisulară, în general legate de paniculită/piodermie profundă, boli imunomediatare, procese necrotice, arsuri sau vasculită. În cazul descris, aspectul focal al leziunilor și absența exudatului au sugerat o tulburare vasculară.

VASCULITĂ

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

Vasculita este un termen folosit pentru a identifica un răspuns imunitar anormal îndreptat împotriva vaselor de sânge. Nu este considerată un diagnostic definitiv, ci mai degrabă un model reactiv care poate fi asociat cu diverse cauze. Nu există un consens general pentru clasificarea vasculitei. Clasificările existente tind să se bazeze pe etiopatogenie sau aspect histopatologic. Pe baza aspectului clinic și etiopatologic, vasculita poate fi clasificată după cum urmează: vasculită infecțioasă indusă de virusuri, fungi, bacterii sau paraziți; vasculită indusă de medicamente sau vaccinuri; crioglobulinemie/criofibrinogenemie; arterita proliferativă a șanțului nazal; necroză trombovasculară proliferativă a pavilionului nazal; vasculopatie solară; vasculopatie cutanată familială a Ciobănescului German; vasculopatie cutanată și renală a Ogarului; și dermatopatie ischemică. De asemenea, trebuie menționat că procesele neoplazice, mușcăturile de insecte și alimentele au fost legate de leziuni vasculare și că vasculita idiopatică există și atunci când factorul declanșator nu poate fi identificat.

Tablourile clinice și leziunile variază foarte mult în funcție de severitatea și amploarea afectării vasculare. Dermatopatiile ischemice se prezintă cu alopecie, eritem și descuamare. Eroziunile și crustele sunt, de asemenea, frecvente și, atunci când sunt prezente, sunt de obicei localizate la nivelul zonelor periferice (vârful urechilor, unghiile, vârful cozii). Forma mai puțin severă a bolii, comparativ cu vasculita cutanată adevărată, este o expresie clinică a unui infiltrat inflamator

mai puțin semnificativ, care, prin urmare, provoacă leziuni vasculare mai mici, cu o reducere mai graduală și subtilă a aportului de sânge. De fapt, dermatopatia ischemică este definită și ca vasculopatie cu celularitate scăzută sau vasculită. În stadiile incipiente ale bolii, se pot observa purpură palpabilă, edem și pustule, precum și plăci eritematoase și papule. Țesutul tinde să devină necrotic și apar alte leziuni, cum ar fi escare și ulcere asemănătoare craterelor sau mai extinse, dar cu margini bine definite. După cum s-a menționat anterior, leziunile sunt de obicei localizate în zone cu aport de sânge deja limitat. Prin urmare, membrele, pavilionul urechilor, buzele, coada, scrotul, unghiile și pernutele labelor sunt zonele cel mai frecvent afectate. Cu toate acestea, în funcție de agentul cauzal, distribuția leziunilor poate varia în număr și extindere. În unele cazuri, leziunile urmează traiectul vaselor de sânge, rezultând un model sinuos, asemănător unui șarpe. Aceste leziuni sunt descrise ca având o configurație serpiginosă. Pot fi prezente și semne sistemice.

simptome precum anorexia, depresia și febra (aceasta din urmă fiind cea mai frecventă). În funcție de agentul cauzal sau de prezența tulburărilor mediate imun care afectează alte organe, alte manifestări pot reflecta aceste afecțiuni subiacente. Diagnosticul necesită un istoric medical amănunțit, inclusiv toate vaccinurile și medicamentele administrate în ultimele 4-6 luni. De asemenea, trebuie efectuate un examen fizic general, o hemoleucogramă completă, un profil biochimic seric și o analiză de urină. Dacă se consideră necesar, *trebuie efectuat screening pentru boli transmise prin vectori și Leishmania infantum*. Sunt necesare și citologie și, ulterior, culturi bacteriene și fungice din țesuturile profunde.

Constatările histopatologice depind în mare măsură de stadiul bolii în care sunt prelevate probele și de localizarea sindromului vascular. Modificările vasculare pot varia de la infiltrat inflamator și necroză fibrinoidă în pereții vasculari până la edem endotelial și trombi în lumenul vasului. Se observă frecvent microhemoragii și resturi leucocitoclastice (praf nuclear). În dermatopatia ischemică, modificările vasculare sunt mai puțin frecvente sau foarte subtile și sunt caracterizate în principal printr-o dermatită la interfață cu celule rare, degenerare a colagenului și atrofie a tuturor anexelor pielii

(foliculi decolorați).

TRATAMENT

Tratamentul vasculitei trebuie adaptat în funcție de istoricul medical al pacientului, de constatările clinice și de identificarea posibilului factor declanșator. Dacă agentul cauzal nu este identificat, tratat sau eliminat, abordarea terapeutică pentru bolile vasculare implică tratament simptomatic cu corticosteroizi. Aceștia sunt de obicei eficienți la doze antiinflamatorii, iar dozele imunosupresoare nu sunt necesare. Ciclosporina a fost, de asemenea, utilizată cu eficacitate variabilă. Utilizarea sa este rezervată cazurilor cronice. Pentoxifilina este adesea utilizată pentru tratarea afecțiunilor vasculare datorită efectelor sale hemoreologice și imunomodulatoare, deși nu este de obicei eficientă în monoterapie. Unul dintre avantajele sale este că permite reducerea dozelor de corticosteroizi. Dacă este prezentă o infecție bacteriană secundară și antibiograma nu o recomandă, doxiciclina este o opțiune bună, deoarece, pe lângă proprietățile sale antimicrobiene, are și efecte imunomodulatoare. În cele din urmă, așa cum se vede în acest caz, oclacitinibul este, de asemenea, o altă opțiune validă pentru tratamentul vasculitei cutanate.

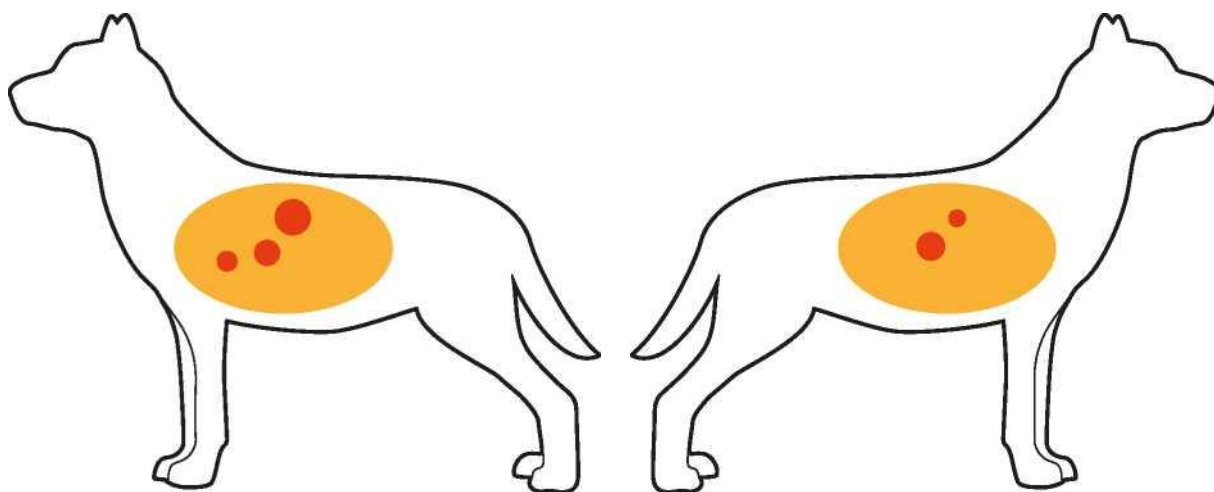


Figura 9. Alopecie bilaterală a trunchiului. Ulcere și cruste cu configurație serpiginosă au fost detectate pe partea stângă a toracelui. Desenul prezintă distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 17. DERMATITIS ULCERATIVA Y ALOPECIA EN UN PERRO

Tabelul 1. Paniculită nodulară sterilă idiopatică (vezi cazul 12)

Inflamația țesutului adipos subcutanat (paniculus) nu a fost asociată cu o boală sau un agent infecțios specific, dar în unele cazuri, această afecțiune a fost descrisă în combinație cu insuficiență pancreatică (pancreatită sau neoplazie). Tabloul clinic constă în apariția unor noduli de dimensiuni și consistență variabile (de la câțiva milimetri la câțiva centimetri; de la fermi cu margini bine definite la mici și fluctuanți). Acești noduli, care pot fi gălbui sau maronii, pot fistuliza sau se pot prezenta cu exudat hemoragic (Fig. 10a). Semnele tipice includ apariția unor ulcere bine definite care, odată vindecate, lasă o cicatrice neregulată și noduli subcutanați, de obicei fluctuanți (Fig. 10b). Leziunile pot fi unice sau, mai frecvent, multiple. Zonele anatomice cele mai afectate sunt cele cu o cantitate mai mare de grăsime subcutanată (trunchi, gât, abdomen și regiunea inghinală). Semnele sistemice, dacă sunt prezente, includ depresie, letargie și febră. Este o boală idiopatică; Prin urmare, atunci când se exclud agenții infecțioși (inclusiv fungi, bacterii și micobacterii), reacțiile la corpuri străine și neoplasmele, trebuie suspectată paniculita nodulară sterilă idiopatică.



Imaginați-vă. Câine cu paniculită nodulară sterilă idiopatică care prezintă un nodul care drenează un exudat gălbui și mai multe ulcere mici lângă un alt nodul mai mic (a). Un alt câine cu paniculită nodulară sterilă idiopatică care prezintă un ulcer mare, asemănător unui crater, pe flancul stâng.

CASO 18

ALOPECIA GENERALIZATĂ
CU CREȘTERE SPONTANĂ A
PĂRULUI
LA UN CÂINE

CAZUL 18. ALOPECIE GENERALIZATĂ CU CREȘTERE SPONTANĂ A PĂRULUI LA UN CÂINE

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Brac german cu păr scurt
- Vârstă: 8,4 ani
- Sex: feminin
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

Deși afecțiunea cutanată descrisă în acest caz este destul de evidentă la prima vedere, atunci când tabloul tipic se suprapune cu alte semne clinice ale diferitelor patologii, diagnosticul poate să nu fie atât de simplu. Medicii veterinari ar trebui să fie conștienți de faptul că, în ciuda denumirii care definește unele entități specifice, leziunile pot afecta și alte zone ale corpului și este important să le putem recunoaște.

ANAMNEZĂ

Proprietarii acestei cățelușe au dus-o la veterinar deoarece dezvoltase alopecie difuză care progresase în timpul toamnei. Cu doi ani mai devreme, cățelușă avusese și un episod de alopecie, dar aceasta se remisese spontan. În afară de alopecie, cățelușă era sănătoasă și nu prezenta semne de anomalii ale ciclului estral sau alte tulburări organice. Alopecia nu provoca mâncărime. Singurul tratament pe care l-a primit animalul a fost tratamentul antiparazitar profilactic pentru ectoparaziți.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

La momentul consultației, animalul prezenta doar semne clinice dermatologice.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Căinele prezenta zone extinse de alopecie, cu margini bine definite, care separau zona alopecică de pielea intactă în întreaga regiune toracolumbară, cu câteva pete de păr normal împrăștiate în zona fără păr. Alopecia se extindea și la zona perioculară, pavilionul auricular, partea dorsală a botului, baza cozii și perineu. Leziunile erau simetrice și bilaterale (Fig. 1).

Diagnostic diferențial

Pe baza istoricului medical și a constatărilor clinice și ținând cont de patologiile care se prezintă clinic în cazul alopeciei non-inflamatorii, s-a decis includerea următoarei liste de diagnostice diferențiale:

- Endocrinopatii precum hipotiroidismul sau hiperestrogenismul, chiar dacă examenul nu a evidențiat modificări atribuibile acestor boli (vezi tabelul 1).
- Formă generalizată de alopecie ciclică a flancului canin.
- A fost luată în considerare și posibilitatea ca acesta să fie un caz de efluviu telogen (vezi cazul 13) ca răspuns la o situație de stres metabolic, dar a fost puțin probabil din cauza datelor documentate în timpul anamnezei și pentru că în mod normal efluviul afectează întregul corp, cu excepția feței (cel puțin parțial).

CASO 18. ALOPECIA GENERALIZADA CON CRECIMIENTO ESPONTÁNEO DEL PELO EN UN
PERRO

TESTE DE DIAGNOSTIC

biopsii cutanate sub anestezie locală.



Figura 1. Alopecia no inflamatoria en toda la región toracolumbar (a), plano nasal y zona periocular (b), pabellones auriculares (c) y perineo

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Hormoni tiroidieni.
- Analiza urinei.
- Ecografie abdominală.

În funcție de rezultate, s-a luat în considerare și efectuarea unei

CASO 18. ALOPECIA GENERALIZADA CON CRECIMIENTO ESPONTÁNEO DEL PELO EN UN PERRO

RESULTADOS

- Atât hemoleucograma, cât și profilul biochimic seric au fost normale.
- Hormoni tiroidieni: T4 scăzut (<0,7 pg/dl; interval de referință : 1,0-4,0 pg/dl) și TSH normal.
- Ecografie abdominală: fără anomalii la nivelul sistemului reproducător sau al altor organe interne.
- Constatări dermatopatologice: S-au detectat o ușoară hiperkeratoză difuză ortokeratotică și keratoză infundibulară cu o ușoară dilatare a infundibulei. Foliculii de păr erau în mare parte în stare kenogenă (telogen fără păr), cu fibroză perifoliculară evidentă. Glandele sebacee și sudoripare erau normale din punct de vedere morfologic (Fig. 2).

Toate leziunile microscopice au fost compatibile cu o endocrinopatie sau, mai general, cu o formă non-inflamatorie de atrofie foliculară.

Proprietarul a fost informat că un diagnostic definitiv va fi dificil de

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

pus în ciuda testelor efectuate. Starea generală bună a pacientului și absența semnelor clinice concomitente au dus la amânarea unor teste suplimentare, în ciuda incapacității de a prezice dacă părul va crește din nou. După câteva luni, părul a crescut din nou (Fig. 3). Analizele de sânge, inclusiv cele pentru hormonii tiroidieni, au fost repetate, dar

T4 era normal.

Deși rezultatele histologice nu au fost compatibile, creșterea spontană a părului și anamneza, care au indicat că același lucru se întâmplase deja anterior, au indicat o alopecie idiopatică și aparent „ciclică”.

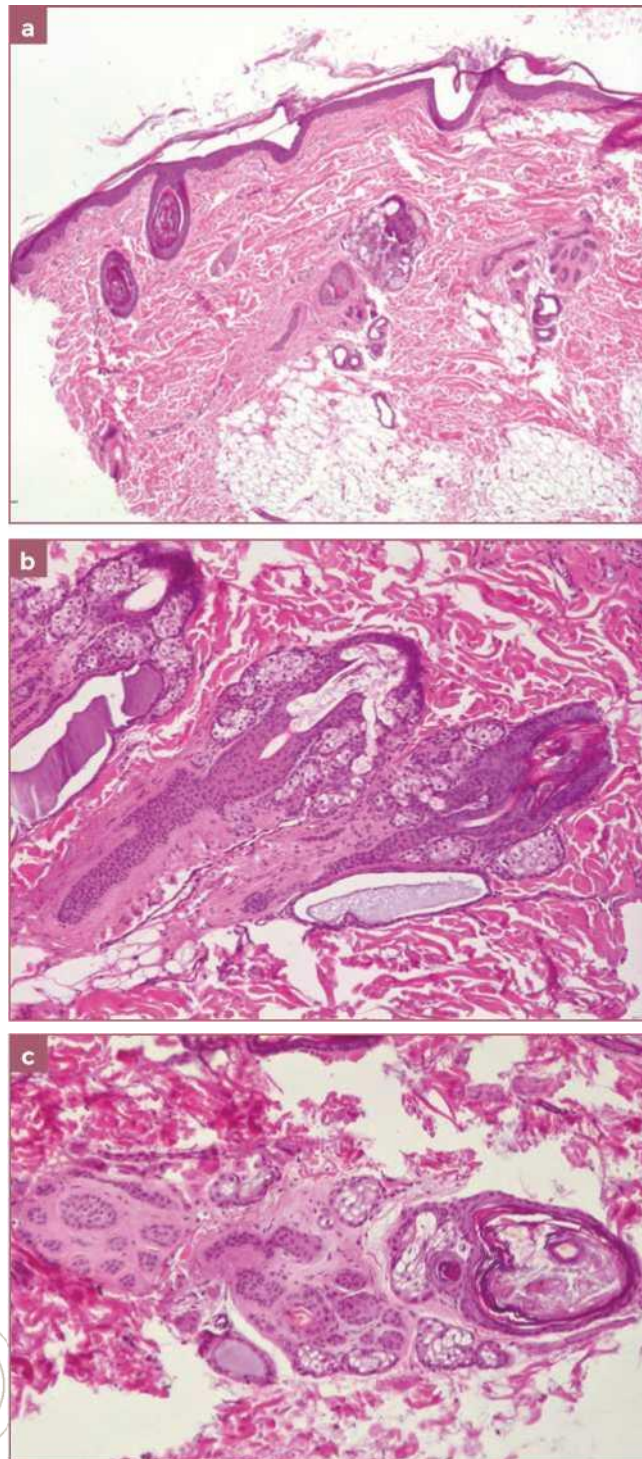


Figura 2. Hallazgos dermatopatológicos. Tinción hematoxilina-eosina (H&E) Leve hiperqueratosis ortoqueratósica difusa, queratosis infundibular con ligera dilatación de los infundíbulos y folículos pilosos, en su mayoría, en estado kenógeno (telógena sin pelo), con una fibrosis perifolicular evidente (4x-10x) (a-c). Imagen cortesía de la Dra. P Roccabianca (Universidad de Veterinaria de Milán, Italia).

CASO 18. ALOPECIA GENERALIZADA CON CRECIMIENTO ESPONTÁNEO DEL PELO EN UN PERRO



Figura 3. Crecimiento espontáneo del pelo unos meses después.

CONSIDERAȚII

În general, proprietarii detectează de obicei modificări ale blănii animalului lor de companie foarte devreme, în stadiile inițiale ale bolii. De obicei, la primul episod de alopecie bilaterală progresivă în regiunea toracolumbară (mai ales dacă distribuția este tipică bilaterală și simetrică), proprietarii duc animalul la veterinar. Deși este esențial să se excludă anumite endocrinopatii (hipotiroidism, hiperestrogenism sau hiperadrenocorticism), există și alți factori de luat în considerare, cum ar fi rasa, vârsta și alte semne clinice care, pe lângă alopecie, ar putea indica o tulburare endocrină. De exemplu, letargia sau creșterea în greutate pot fi semne de hipotiroidism, în timp ce problemele de reproducere pot fi legate de hiperestrogenism. În schimb, alopecia „ciclică” este de obicei recurentă (de obicei între noiembrie și aprilie în emisfera nordică), cu apariția unor leziuni non-pruriginoase în zone specifice ale corpului, cum ar fi regiunea toracolumbară în forma clasică sau regiunea toracolumbară, spatelul, botul, zona peroculară, baza urechilor, perineul și baza cozii în forma generalizată. Ambele manifestări sunt caracterizate prin creșterea spontană a părului.

În acest caz, câinele era un Brac German cu Păr Scurt, o rasă care, în general, nu este predispusă genetic la alopecia ciclică canină. Primul

episod de alopecie generalizată a apărut la vârsta adultă, când câinele avea șase ani. Doi ani mai târziu, a avut loc al doilea episod. Prin urmare, pentru a evita erorile de diagnostic, este esențial să se efectueze o baterie de teste complementare, cum ar fi analize de sânge și urină, paneluri tiroidiene și ecografii abdominale.

Deși T4 a fost scăzut în acest caz, ceilalți parametri au fost normali. Această constatare poate fi atribuită răspunsului metabolic al tiroidei la o boală non-tiroidiană și poate apărea, în parte, din cauza modificărilor producției de hormoni tiroidieni, a metabolismului hormonilor tiroidieni în sine și/sau a caracteristicilor fixării serice. Medicii veterinari ar trebui să fie conștienți de toți acești factori și să știe cum să abordeze diagnosticul holistic. În acest caz, constatările histologice au indicat, de asemenea, atrofie foliculară non-inflamatorie, cu predominanță a foliculilor kenogeni și o scădere drastică a foliculilor anageni. Numărul crescut de foliculi kenogeni indică faptul că fie faza exogenă, fie căderea părului a avut loc prematur, fie că inducerea unei noi faze anageni nu a avut loc după finalizarea fazei telogene. Cu toate acestea, trebuie menționat că acest lucru este comun mai multor tulburări ale ciclului de creștere a părului

la câini, cum ar fi hiperadrenocorticismul, hipotiroidismul sau alopecia de origine necunoscută. Diagnosticul final devine o adevărată provocare atunci când sunt prezente și alte anomalii care nu sunt detectate în timpul testelor de screening endocrin.

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Deși alopecia „ciclică” generalizată nu este de obicei recunoscută clinic și nici menționată pe larg în literatura de specialitate, această boală ar trebui întotdeauna inclusă în diagnosticul diferențial atunci când un câine se prezintă fără evenimente stresante cunoscute care ar fi putut cauza încetarea bruscă a creșterii părului, fără semne clinice altele decât alopecia și al cărui păr crește din nou spontan după o perioadă de timp. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, constatările histopatologice indică hiperkeratoză infundibulară care se extinde la foliculii secundari, cu foliculi de păr atrofici care dobândesc progresiv un aspect displazic asemănător unui picior deformat (foliculi de păr cu aspect de „picior de vrăjitoare” sau „caracatiță”). Cu toate acestea, rezultatele pot varia considerabil în funcție de stadiul bolii în care se efectuează biopsia cutanată.

FORMĂ GENERALIZATĂ DE ALOPECIE CICLICĂ CANINĂ A FLANCURILOR

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Literatura actuală descrie alopecia ciclică de flanc canin, sau alopecia ciclică canină, ca o formă de alopecie cu etiopatogenie necunoscută. Este neinflamatorie, fără cicatrici patologice și descrisă ca geografică (datorită marginilor sale caracteristice, bine definite și serpentine). Este bilaterală, simetrică și caracterizată prin episoade de cădere a părului, predominant pe flancuri. Există și o formă generalizată mai puțin frecventă, care afectează partea dorsală a botului, zona supraorbitală, baza urechilor, coada și/sau perineul (Fig. 4). Au fost descrise și următoarele forme atipice:

- Alopecie cu distribuție doar facială.
- Alopecie pe flancuri care nu este vizibilă: modificări ale culorii și texturii părului apar pe ambele flancuri și în zona toraco-lombară, dar fără alopecie vizibilă.
- Alopecie de flanc cu dermatită/foliculită: caracterizată prin prezența simultană a unor exfolieri circulare multifocale, nedureroase, nepruriginoase și a unor plăci depigmentate cu cruste în zonele de alopecie.

Majoritatea pacienților prezintă episoade recurente de alopecie anual. De asemenea, este posibil ca aceștia să aibă un singur episod izolat pe parcursul întregii vieți sau să nu aibă niciun episod într-un an, urmat de o recidivă în următorul. Afectează animalele de ambele sexe în mod egal, indiferent dacă sunt castrate sau nu, existând o predispoziție la rasă, sugerând și o predispoziție genetică. Cele mai frecvent afectate rase sunt Boxer, Airedale Terrier, Schnauzer Urias, Bulldog Englez, Affenpinscher, Korthals Griffon, Brac German cu Păr Sârmos și Collie cu Barbă. În prezent, diagnosticul se bazează pe istoricul clinic, pe semnele clinice foarte evidente și este confirmat prin examen dermatopatologic.

Totuși, etiopatogenia exactă a bolii este încă necunoscută și, în ciuda predispoziției rasiale și/sau a recurenței în anumite latitudini și perioade ale anului (cu o probabilă incidență a fotoperioadei), este posibil ca diferitele prezentări clinice să aibă etiologii sau mecanisme patologice diferite, caz în care ar trebui considerate boli independente.

TRATAMENT

Alopecia ciclică canină, sau alopecia ciclică de flanc, atât în forma sa clasică, cât și în cea generalizată, este considerată o afecțiune

cosmetică. Deoarece este imposibil de prezis când va crește din nou părul și când va cădea din nou, evaluarea eficacității oricărui tratament este extrem de dificilă. Melatonina este tratamentul preventiv utilizat în aceste cazuri. Doza este de 3-6 mg/câine, de două sau trei ori pe zi, începând cu una până la două luni înainte de un potențial episod. Durata tratamentului a fost estimată la patru până la șase săptămâni, în urma publicării unui studiu efectuat pe nurci, care a arătat că activarea foliculilor de păr cu melatonină necesită patru până la șase săptămâni. De asemenea, melatonina poate fi începută la debutul alopeciei pentru a scurta durata episodului curent.

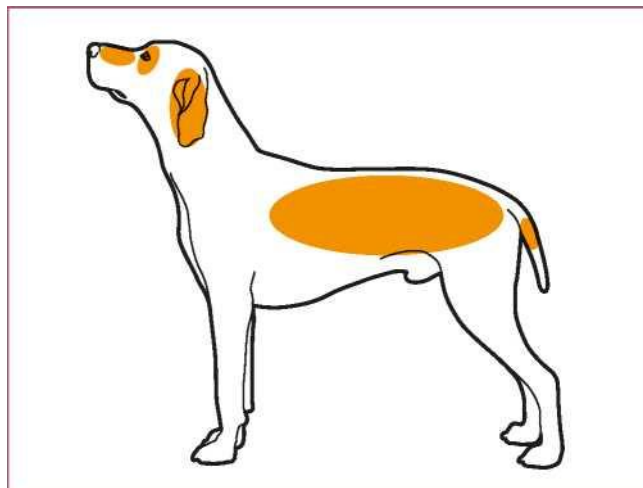


Figura 4. Zone extinse de alopecie cu margini bine definite care separă zona alopecică de pielea intactă în întreaga regiune toracolumbară, cu câteva pete de păr normal împrăștiate în zona fără păr. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

CASO 18. ALOPECIA GENERALIZADA CON CRECIMIENTO ESPONTÁNEO DEL PELO EN UN PERRO

Tabelul 1. Hiperestrogenism la cățele

Aceasta este considerată o afecțiune endocrină cutanată relativ rară. Afectează femelele nesterilizate și este cauzată de un exces de estrogen sau de un dezechilibru al nivelurilor hormonilor sexuali din cauza chisturilor ovariene sau, și mai rar, a unei tumori ovariene secretoare de hormoni (tumoare cu celule granuloase). O altă afecțiune fiziologic similară poate apărea la femelele sterilizate tratate cu dietilstilbestrol pentru incontinență urinară sau la câinii care au suferit o ovariectomie incompletă. Unul dintre cele mai semnificative semne clinice este apariția alopeciei neinflamatorii (datorată dezechilibrelor hormonale care interferează cu ciclul normal de creștere a părului). Această alopecie începe de obicei în zona perineală și genitală și se extinde la coapsele mediale, abdomen, piept, flancuri și gât (Fig.

5). Alte semne clinice comune includ mărirea vulvei și a mamelonului, ginecomastia și ciclurile estrice neregulate. La femelele nesterilizate, diagnosticul este destul de simplu dacă pacienta prezintă semne cutanate și modificări ale ciclului estric. Cu toate acestea, în absența unor astfel de date, o ecografie poate fi utilă pentru evaluarea țesutului ovarian. Tratamentul de elecție este ovariohisterectomia, după care are loc regenerarea părului în decurs de 2-4 luni. Este important de reținut că o complicație potențial fatală a acestui sindrom, fie ea spontană sau indusă de administrarea de estrogen, este mielotoxicitatea indusă de estrogen, cu modificări hematologice precum anemia, trombocitopenia și leucocitoza, urmate de leucopenie.



Figura5. Hembra no esterilizada de raza Pomerania afectada por hiperestrogenismo debido a quistes ováricos. Se observa alopecia en el tórax lateral y en la zona genital y perianal.

CASO 19

ALOPECIE ȘI DERMATITĂ EXFOLIATIV LA UN CÂINE ATOPIC

CAZUL 19. ALOPECIE ȘI DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ LA UN CÂINE ATOPIC

INTRODUCERE

În acest caz, se va sublinia importanța luării în considerare a diagnosticelor anterioare și a dezvoltării abilităților de observare. De asemenea, se va sublinia importanța unui istoric medical amănunțit, utilizând întrebări specifice axate pe obținerea a cât mai multor informații posibil.

ANAMNEZĂ

Un câine ciobănesc german, în vârstă de 6 ani, s-a prezentat cu dermatită exfoliativă acută și prurit cronic. Câinele prezenta prurit otită recurente de 2 ani. După ce a trecut la o dietă hipoalergenică timp de 8 săptămâni, i s-au administrat tratamente ectoparaziticide regulate și nu a observat nicio îmbunătățire, a fost diagnosticat cu dermatită atopică. De atunci, au fost încercate numeroase protocoale de tratament, inclusiv corticosteroizi sau oclacitinib în combinație cu antibiotice sistemice și picături pentru urechi, atunci când a fost necesar, pentru a controla semnele clinice. Tratamentul a adus boala în remisie până la următoarea acutizare. Cu toate acestea, în ultimele 6 luni, tratamentul a încetat să mai fie eficient și nu a mai ținut semnele clinice sub control.

s-au efectuat o hemoleucogramă completă, teste biochimice și o analiză de urină, fără a se detecta anomalii semnificative. Testul serologic pentru anticorpii *Leishmania* spp. a fost negativ.

RECENZIE

- Specie: canină
- Rasă: Ciobănesc German
- Vârstă: 6 ani
- Sex: masculin
- Stil de viață: Interior/Exterior

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

Examenul fizic a relevat că toți ganglionii limfatici periferici erau ușor măriți.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Animalul a prezentat dermatită descuamativă generalizată, cu solzi mici, albi, pe spate (fig. 1a) și solzi mai groși, întunecați, uleioși, care aveau la pielea de pe abdomenul ventral (fig. 1b), axile (fig. 1c) și coadă (fig. 1d).

Câinele se scărpină persistent în zonele cele mai afectate. Spațiile interdigitale ventrale ale tuturor celor patru membre erau eritematoase și exista și otită externă bilaterală cu cerumen abundent (Fig. 2a și b). Blana, în general, era grasă și avea un miros neplăcut.

Diagnostic diferențial

Pe baza evaluării, istoricului medical și constatărilor clinice, cel mai probabil diagnostic a fost considerat a fi dermatita atopică (vezi Tabelul 1). Scopul consultației nu a fost atât de mult stabilirea unui diagnostic, cât mai degrabă de a determina de ce tratamentul obișnuit, care fusese eficient până în prezent, nu mai funcționa. Diagnosticul diferențial a inclus:

- Infecție secundară sau supraaglomerare bacteriană și/sau *Malassezia* spp.
- Reacție alimentară adversă.
- Infestarea cu paraziți externi:
 - Purici.
 - *Cheyletiella* spp.
 - Râia sarcaptică.
- Leishmanioza canină.
- Demodectic.

CASO 19. ALOPECIA Y DERMATITIS EXFOLIATIVA EN UN PERRO ATÓPICO

S-a considerat cel mai probabil că a existat o infecție secundară de

■ Testați banda adezivă de pe spate.



tip bacterian sau *Malassezia* spp. care agrava boala primară.

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

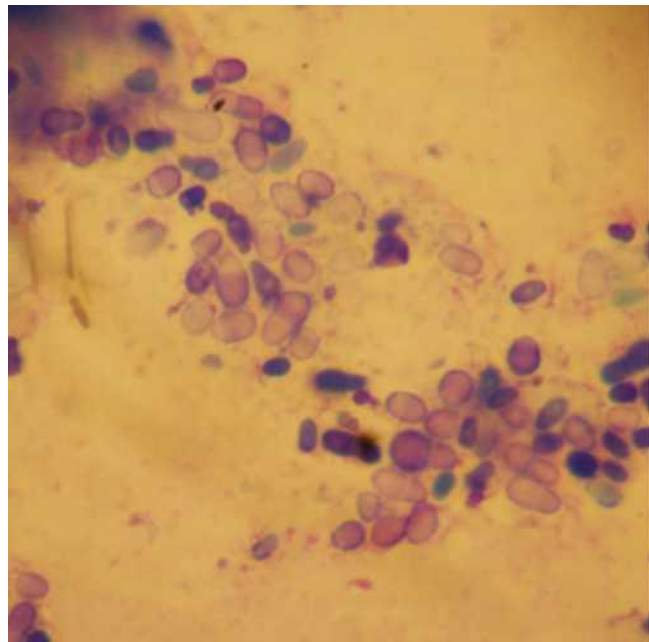
- Examinarea microscopică a părului.
- Mai multe zgârieturi superficiale și profunde ale pielii.
- Citologie de suprafață cu bandă adezivă la axile, abdomen și spații interdigitale.
- Citologie cu tampon auricular.
- Hemoleucogramă completă.
- Profilul biochimic seric.
- Analiza urinei.
- Test de imunofluorescență indirectă (IFI) pentru detectarea anticorpilor împotriva *Leishmania* spp.



Figura 2. Eritem și cerumen între gălbui și maro în urechea dreaptă (a) și eritem al pielii interdigitale de pe unul dintre picioarele din față (b).

REZULTATE

- Prelevările superficiale și profunde ale pielii, precum și citologia cu bandă adezivă au fost negative.
- Examinarea microscopică a părului nu a evidențiat anomalii.
- Studiul citologic al probelor prelevate din abdomen, zona axilară și spațiile interdigitale a relevat prezența a numeroase specii de *Malassezia* (fig. 3).



CASO 19. ALOPECIA Y DERMATITIS EXFOLIATIVA EN UN PERRO ATÓPICO

- Rezultatele hemoleucogramei, analizelor biochimice și - analizei de urină au fost următoarele:
 - Leucocitoză moderată datorată neutrofiliei: $15,2 \times 10^3$ /pl (interval de referință: $5,91-11,45 \times 10^3$ /pl).
 - Hipercolesterolemie moderată: 290 mg/dl (interval de referință : 80-250 mg/dl).
 - Hipertrigliceridemie moderată: 280 mg/dl (interval de referință : 23-200 mg/dl).
- Testul serologic pentru detectarea anticorpilor pentru *Leis - hmania* spp. a fost negativ.

Cel mai probabil diagnostic a fost dermatita atopică cu creștere excesivă a *Malassezia* spp. Cu toate acestea, la

următoarea consultație de control programată, 2-3 luni mai târziu, parametrii sanguini ar fi verificați din nou.

Figura 3. Constatări citologice. Colorare cu hematoxilină-eozină (H&E). Citologia cu bandă adezivă a zonei axilare a evidențiat numeroase levuri compatibile cu *Malassezia* spp. (100x).

Malassezia spp.

Malassezia spp. este o drojdie lipofilă care face parte din microbiota normală a pielii multor mamifere. În prezent, au fost identificate 17 specii diferite. *M. pachydermatis* este cea mai frecventă la câini. Factorii exacți prin care *Malassezia* spp. trece de la comensală la patogenă nu sunt pe deplin înțeleși; cu toate acestea, se știe că anumite afecțiuni, cum ar fi dermatita atopică, endocrinopatiile și defectele primare de keratinizare, sunt asociate cu creșterea excesivă a *Malassezia* spp. în canalele auditive și/sau în piele. Diagnosticul se bazează pe examinarea microscopică, care relevă o cantitate crescută de drojdie și este confirmată de răspunsul la tratament. Deoarece creșterea excesivă este de obicei secundară altor patologii, controlul și prevenirea recăderilor se realizează doar prin gestionarea afecțiunilor subiacente.



Figura 4. Imagen de la cola 6 semanas después de comenzar el tratamiento contra el prurito y contra las levaduras. El pelo estaba creciendo, pero mucho más despacio de lo esperado.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Tratamentul prescris a fost oclacitinib în doză de 0,5 mg/kg de două ori pe zi și picături auriculare conținând un produs miconazol/prednisolon/polimixină B, de două ori pe zi, în ambele urechi. De asemenea, au fost recomandate băi cu un șampon cu clorhexidină 2% și miconazol, de două ori pe săptămână. Isoxazolina a fost prescrisă o dată pe lună pentru tratamentul sistemic al paraziților externi. O dietă hipoalergenică cu proteine hidrolizate a fost introdusă treptat și menținută ca unică sursă de hrană timp de următoarele 8-12 săptămâni.

După două săptămâni, starea câinelui se ameliorase semnificativ; mâncărimea era mai puțin intensă, iar leziunile arătau mai bine. - Citologia auriculară a fost negativă. Citologia probei prelevate din zona axilară și spațiile interdigitale a arătat o cantitate mică de *Malassezia* spp. Prin urmare, doza de oclacitinib a fost redusă la o dată pe zi, picăturile auriculare au fost întrerupte, iar terapia cu șampon a fost continuată o dată la 10 zile. După șase săptămâni, semnele clinice au fost sub control, cu excepția eritemului ușor la toate cele patru membre și a alopeciei cozii (Fig. 4), axilelor și abdomenului, care nu se ameliorase încă complet.

Prin urmare, s-a decis reinterviuearea proprietarului cu privire la starea de sănătate a câinelui său. Răspunsurile au sugerat că, în ultimul an, câinele devenise ușor mai apatic și letargic, ceea ce fusese atribuit afecțiunii pielii sale. Cu toate acestea, în ciuda îmbunătățirii pielii, câinele nu părea mai activ. A fost luată în considerare posibilitatea hipotiroidismului, în special având în vedere anomaliile sanguine detectate în ultimul test de sânge. A fost efectuat un nou test de sânge specific. Au fost măsurate tiroxina totală (tT4) și hormonul stimulator tiroidian (TSH). Acestea au fost scăzute (0,12 pg/dl, interval de referință: 1-3,50 pg/dl), respectiv ridicate (1,33 ng/ml; interval de referință: 0,03-0,40 ng/ml). Prin urmare,

diagnosticul de hipotiroidism a fost confirmat, iar tratamentul cu levotiroxină a fost inițiat la o doză de 0,02 mg/kg, de două ori pe zi. La consultația de urmărire de la 6 săptămâni, proprietarul a raportat o vitalitate crescută a câinelui său, observând că acesta era mai activ și într-o dispoziție mai bună. Examenul clinic a relevat că părul creștea din nou în zonele cu chelie și că acesta se îmbunătățise (Fig. 5).

La momentul respectiv, tT4 și TSH erau de 3,20 pg/dl (interval de referință: 1-3,50 pg/dl) și respectiv 0,20 ng/mL (interval de referință: 0,03-0,40 ng/mL). Administrarea de oclacitinib a fost întreruptă, iar administrarea de levotiroxină a fost continuată în aceeași doză, împreună cu dieta proteică hidrolizată. La două săptămâni după întreruperea administrării de oclacitinib, câinele a început să-și lingă labele și să-și scarpine botul și urechile, așa că s-a decis continuarea tratamentului cu oclacitinib pe termen lung. De asemenea, a fost continuată administrarea de levotiroxină.

Diagnosticul final a fost dermatită atopică cauzată de alergeni de mediu și hipotiroidism. Câinele a continuat tratamentul pentru ambele afecțiuni.

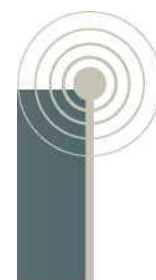




Figura 5. Cola (a) y manto (b) 6 semanas después de suplementar con hormonas tiroideas.

CONSIDERACIONES

Prezența a două patologii distincte la același pacient nu este neobișnuită. Prin urmare, este important ca medicii veterinari să recunoască semnele clinice care pot indica prezența altor boli concomitente, chiar și atunci când un diagnostic a fost deja pus. În acest caz, semnele clinice ale hipotiroidismului nu au fost evidente, mai ales la prima consultație, dar au devenit mai evidente odată ce dermatita atopică a fost ținută sub control. Infecția secundară a pielii se poate agrava și din cauza lipsei de hormoni tiroidieni, deoarece aceștia sunt cunoscuți pentru rolul lor în multe sisteme ale organismului, cum ar fi răspunsul imun.

PUNTOS CLAVE DEL CASO

Lipsa de ameliorare a alopeciei cozii în ciuda tratamentului pentru prurit a sugerat că trebuie să existe o altă cauză subiacentă, în acest caz, hipotiroidismul. Odată tratat, lipsa creșterii părului pe coadă din cauza pruritului și mușcăturile rezultate s-au remis. De fapt, alopecia cozii localizată („coadă de șobolan”) este unul dintre posibilele semne dermatologice asociate cu hipotiroidismul. Cu toate acestea, este important de reținut că și alte afecțiuni pot provoca acest tip de leziune, deci nu poate fi considerată patognomonică pentru hipotiroidism (Fig. 6).



Figura 6. Coada alopecică la doi câini diagnosticați cu dermatită alergică la mușcături de purici (ayb).

CASO 19. ALOPECIA Y DERMATITIS EXFOLIATIVA EN UN PERRO ATÓPICO

HIPOTIROIDISM

SCURTĂ DESCRIERE A BOLII

Hipotiroidismul este un sindrom clinic rezultat dintr-un deficit de hormoni tiroidieni: triiodotironină (T3) și tiroxină (T4). Prevalența exactă a hipotiroidismului la câini este necunoscută, în principal pentru că adesea nu se ajunge la un diagnostic definitiv. Au fost descrise mai multe tipuri de hipotiroidism canin: cel mai frecvent este hipotiroidismul dobândit sau primar (>95% din cazuri), datorat tiroiditei limfocitare sau atrofiei idiopatice a glandei. Hipotiroidismul afectează mai frecvent unele rase, cum ar fi Doberman Pinscher, Schnauzeri, Golden Retriever, Spaniel, Setteri Irlandezi și Teckel. Cu toate acestea, orice rasă poate dezvolta hipotiroidism. Este mai frecvent la câinii de vârstă mijlocie sau mai în vârstă, cu o vârstă medie de 7 ani, dar poate fi observat și la câinii mai tineri.

Castrarea este considerată un factor de risc. Semnele clinice sunt de obicei insidioase și nespecifice. Majoritatea câinilor prezintă semne metabolice, letargie, creștere în greutate, intoleranță la frig și la

exerciții fizice, precum și semne dermatologice. Hormonii tiroidieni sunt implicați în multe funcții, inclusiv menținerea sănătății pielii și a blănii. Mai exact, aceștia sunt implicați în inițierea fazei anagene. Din acest motiv, câinii hipotiroidieni pot prezenta alopecie sau lipsa creșterii părului în zonele în care părul a fost pierdut. Alte semne cutanate frecvente includ descuamarea (uscație sau ulei), infecții recurente ale pielii, hiperpigmentare și comedoane. La unii pacienți, acidul hialuronic se depune în derm din cauza catabolismului afectat al glicozaminoglicanilor, ducând la edeme, în special în zona capului. Acest lucru are ca rezultat o expresie facială tristă („*facies tragica*”) (Fig. 7).

Alte semne clinice includ leziuni ale nervilor periferici, anomalii reproductive, anomalii oculare și disfuncție cardiacă. Câinii hipotiroidieni pot suferi, de asemenea, de anomalii hematologice și biochimice, cum ar fi anemia normocromă normocitară neregenerativă, colesterol plasmatic crescut și hipertrigliceridemie. Pentru a confirma diagnosticul de hipotiroidism, se măsoară concentrația.



Figura 7. Câinele în acest caz înainte de suplimentarea cu hormon tiroidian. Pacientul prezintă edem pe cap și riduri pe față, dându-i o expresie tristă din cauza depunerii anormale de acid hialuronic (a). La șase săptămâni de la începerea tratamentului, edemul dispăruse (b).

CASO 19. ALOPECIA Y DERMATITIS EXFOLIATIVA EN UN PERRO ATÓPICO

Se măsoară nivelurile plasmatiche de TSH, T4 total și T4 liber. Cu toate acestea, nu este neobișnuit să se obțină rezultate neconcludente care necesită teste sau evaluări suplimentare de către un medic veterinar internist. În plus, este important să se rețină că factorii externi, cum ar fi alte boli și anumite medicamente, pot influența nivelurile hormonilor tiroidieni.

TRATAMENT

Tratamentul de elecție este administrarea de levotiroxină sodică în doză de 0,02 mg/kg la fiecare 12 ore (cu o doză totală maximă de 0,8 mg la fiecare 12 ore). Pacientul trebuie reevaluat după 4-8 săptămâni pentru a ajusta doza în funcție de răspunsul clinic și de concentrația serică de T4 măsurată la 4-6 ore după administrarea de levotiroxină.

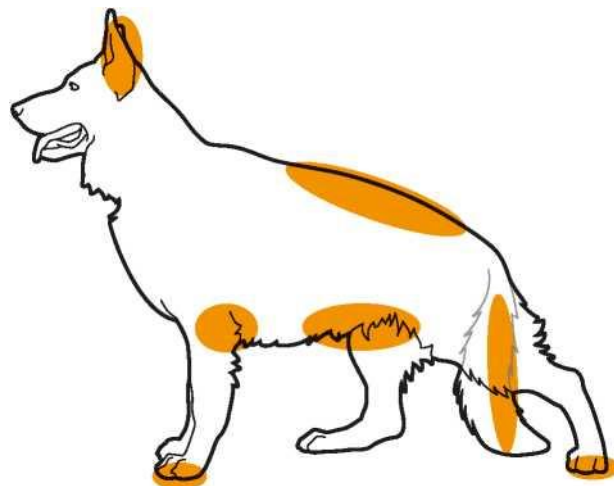


Figura 8. Dermatitis descamativa generalizada con escamas pequeñas y blancas en el dorso y escamas gruesas, oscuras, oleosas y adheridas la piel en el abdomen ventral, zona axilar y cola. El dibujo muestra la distribución de las lesiones de este caso.

Tabelul 1. Dermatiță atopică canină

Dermatita atopică canină este o boală de piele frecventă la câini. Se știe că este o afecțiune pruriginoasă, inflamatorie a pielii, cu o componentă genetică, în care mulți alți factori, unii încă necunoscuți, influențează dezvoltarea și expresia clinică a bolii. Majoritatea câinilor afectați au imunoglobulină E (IgE) serică specifică alergenilor. Cu toate acestea, prezența acesteia nu poate fi întotdeauna demonstrată la un număr mic de pacienți.

Vârsta de debut variază, dar majoritatea câinilor încep să dezvolte semne clinice între 1 și 3 ani. Retriever-ii, Terrier-ii și rasele brahicefalice sunt rasele cele mai predispuse la dermatită atopică. Semnele clinice includ mâncărime, inflamație acută sau cronică a pielii și infecții ale urechii externe (otită externă) și infecții ale pielii cauzate de bacterii și/sau drojdii.

Zonele cel mai frecvent afectate sunt toracele ventral, abdomenul, perineul, suprafețele flexurale ale membrelor anterioare, spațiile interdigitale și zonele periorale și perioculare. Diagnosticul se bazează pe caracteristicile animalului și semnele clinice și se stabilește odată ce toate celelalte cauze de prurit au fost excluse. Nu se poate baza pe prezența IgE împotriva alergenilor de mediu în ser. Cei mai importanți factori care agravează dermatita atopică sunt infestările cu paraziți externi și creșterea excesivă a bacteriilor comensale (*Staphylococcus pseudintermedius*) sau a drojdiilor (*Malassezia pachydermatis*). Abordarea terapeutică trebuie adaptată fiecărui pacient datorită variabilității mari a tablourilor clinice. În general, se preferă o abordare multimodală (Fig. 9).

Dermatita atópica canina



Figura 9. Ciobănesc german cu dermatită atopică. Pe pielea abdomenului și axilei (ac) se observă eritem, exudație și scuame.

CASO 20

DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ
ȘI EDEM LA O PISICĂ
IMUNOCOMPROMISĂ

CAZUL 20. DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ ȘI EDEM LA O PISICĂ IMUNOCOMPROMISĂ

RECENZIE

- Specie: felină
- Rasă: Păr scurt european comun
- Vârstă: 2,5 ani
- Sex: mascul castrat
- Stil de viață: În aer liber

INTRODUCERE

Din punct de vedere dermatologic, dermatita exfoliativă este mai puțin frecventă. Unele cazuri pot fi asociate cu alte afecțiuni, iar semnele clinice se pot suprapune. Prin urmare, dincolo de considerațiile medicale, un dermatolog specialist poate ajuta la identificarea bolii subiacente.

ANAMNEZĂ

Stăpânii au adus pisica la clinică pentru că nu mânca și era letargică. Întrucât fusese adoptată recent de pe stradă, istoricul ei medical era necunoscut.

EXAMEN CLINIC

EXAMEN FIZIC GENERAL

În momentul consultației, pisica a prezentat disconfort abdominal la palpare. S-a decis efectuarea următoarelor teste:

- Hemoleucogramă completă.
- Profil biochimic. Rezultatele au fost următoarele:
 - Hematocrit: 27,8% (interval de referință: 28,2-52,7%).
 - Neutropenie: neutrofile 2.111/pl (interval de referință: 2.620-15.170/pl).
 - Hipoalbuminemie: albumină 24 g/l (interval de referință : 27-44 g/l).

- Ecografia abdominală a relevat semne ușoare de enteropatie și splenomegalie. După citologie, aceasta a fost atribuită hematopoiezei extramedulare. Având în vedere toate aceste semne la un loc, s-a suspectat panleucopenia felină. Au fost prelevate mai multe probe fecale și s-a recoltat sânge pentru testarea virusului panleucopeniei feline (FPV), care a fost pozitiv. Temperatura corporală a rămas în limite normale.

Între timp, pisica a dezvoltat diaree. S-a inițiat terapie cu fluide pentru a contracara deshidratarea și a înlocui electroliții pierduți. De asemenea, s-a început administrarea unui antibiotic cu spectru larg, ampicilină, în doză de 20 mg/kg la fiecare 8 ore, pentru a controla infecția bacteriană secundară afectării mucoasei intestinale cauzate de virus. După 10 zile de spitalizare în secția de izolare, s-a solicitat un consult dermatologic din cauza apariției unor noi leziuni cutanate.

EXAMEN DERMATOLOGIC

Prima modificare observată a fost un edem intens, cu protuberanțe, pe întreaga față și pe membrele anterioare (Fig. 1a și b). Pielea de pe metacarpul dorsal al membrului anterior, unde părul fusese ras pentru introducerea cateterului, era, de asemenea, eritematoasă. Dermatită exfoliativă cu scuame mici, albicioase, moderat aderente la suprafața pielii a fost observată pe marginea urechilor, pe pernițele auriculare (Fig. 1c) și pe membrele distale. Pisica a prezentat prurit ușor pe față și pe pavilionul auricular.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL



Figura 1. Intenso edema con fóvea en la cara y parte delantera de las extremidades (a y b). Exfoliación en los márgenes de las almohadillas (c).

Pe baza istoricului medical și a constatărilor clinice și ținând cont de patologiile care se prezintă clinic cu edeme și exfoliere, s-a decis includerea următoarei liste de diagnostice diferențiale:

- Vasculită cutanată medicamentoasă: aceasta ar cuprinde orice afectare a peretelui unui vas de sânge din cauza unui factor declanșator (vezi p. 146).
 - Alte boli de piele (vezi tabelul 1), cum ar fi dermatofitoza, demodecia sau infecțiile virale (virusul leucemiei feline [FeLV] sau virusul imunodeficienței feline [FIV]).

CASO 20. DERMATITIS EXFOLIATIVA Y EDEMA EN UN CATO INMUNOCOMPROMETIDO

TESTE DE DIAGNOSTIC

S-a decis efectuarea următoarelor teste:

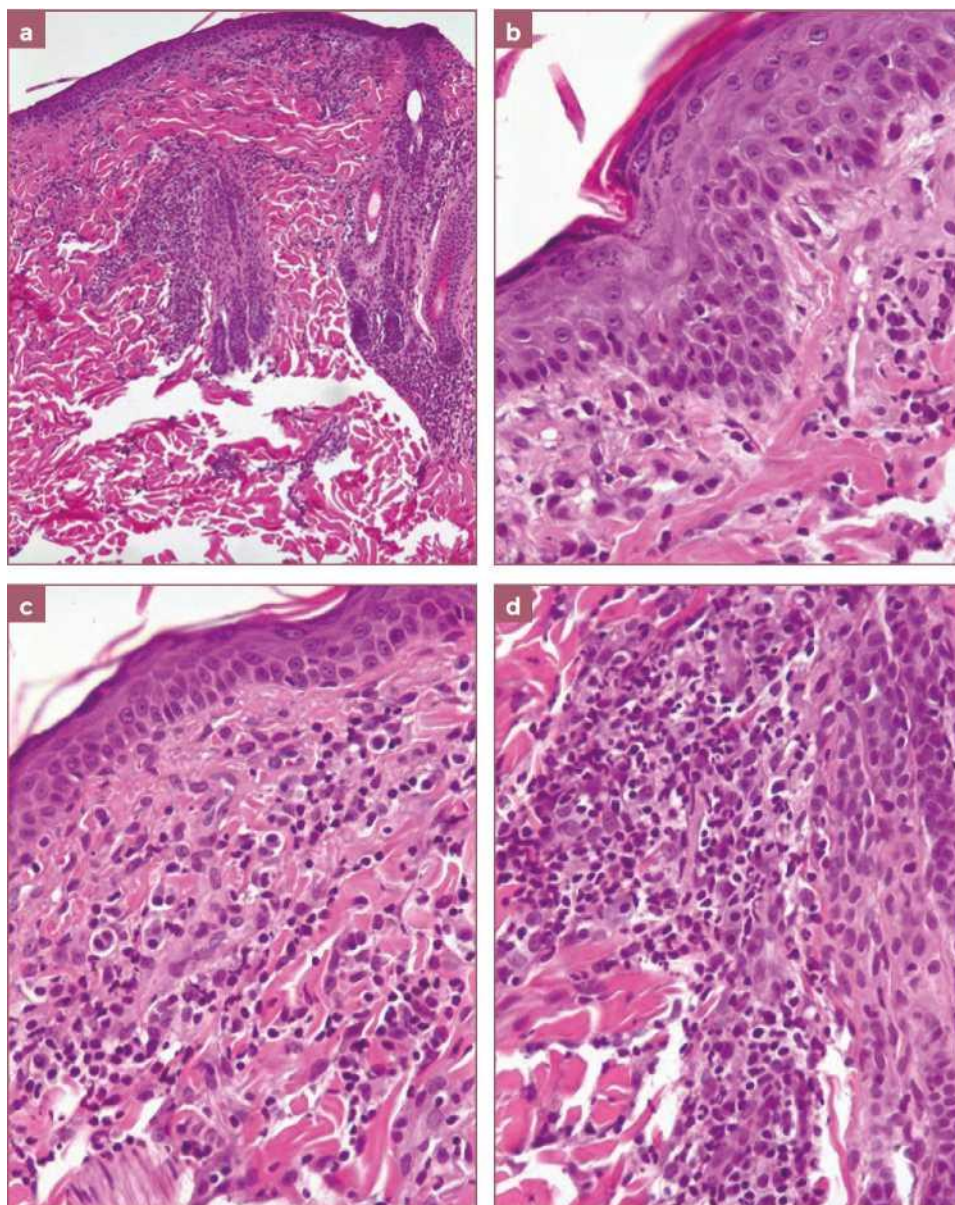
- Examinarea cu lămpi Wood.
- Examinarea microscopică a părului.
- Zgârierea profundă a pielii.
- Cultura fungică: părul a fost periat cu o periută de dinți sterilă peste un mediu de cultură, astfel încât solzii să cadă pe el.
- Teste de screening pentru FIV și FeLV.

Pe baza rezultatelor, s-a luat în considerare și o biopsie cutanată sub sedare.

REZULTATE

- Examinarea la lampa Wood, examinarea microscopică a părului și cultura fungică au fost negative pentru dermatofiți.
- Razuirea profundă a pielii a fost negativă pentru *Demodex* spp.
- Teste de screening pentru FIV și FeLV: pozitive pentru FIV
- Constatări dermatopatologice: hiperplazie epidermică neregulată ușoară cu keratinocite apoptotice și satelitoză sporadică. Epiderma a prezentat dermatită spongiotică ușoară, dar difuză. În dermul subepidermal s-au observat edem difuz ușor, limfocite mature mici, plasmocite mature și mastocite (Fig. 2a).

Figura 2. Constatări dermatopatologice. Colorare cu hematoxină și eozină (H&E). Keratinocite apoptotice sunt observate în epidermă. Dermul subepidermal este caracterizat prin edem difuz ușor, cu limfocite mature mici, plasmocite mature și mastocite (10x-40x [ad]). Imagine oferită de Dr. P. Roccabianca (Universitatea de Medicină Veterinară, Milano, Italia).



CASO 20. DERMATITIS EXFOLIATIVA Y EDEMA EN UN CATO INMUNOCOMPROMETIDO

Toate aceste constatări au fost considerate compatibile cu o reacție adversă cutanată la medicament (RAM cutanată) și/sau hipersensibilitate de tip I.



Infecțiile naturale pot fi asimptomatice timp de mulți ani și, cu o îngrijire adecvată, persoanele pot trăi cu o calitate a vieții foarte bună și pot muri de bătrânețe din cauze care nu sunt neapărat legate de imunodeficiență. În acest caz, suspiciunea principală a fost vasculita cutanată indusă de medicamente. La om, reacțiile adverse cutanate la medicamente

până la 20% din spitalizări. Acestea sunt de obicei reacții autolimitate care se rezolvă spontan după întreruperea administrării medicamentului cauzal. În medicina veterinară, determinarea prevalenței este mai dificilă, dar în literatura de specialitate au fost descrise mai multe cazuri. Mai multe modele cutanate sunt asociate cu reacții adverse cutanate la medicamente (RAM), dar același semn clinic nu va necesita întotdeauna același tratament, deoarece fiecare medicament va provoca o reacție adversă diferită la fiecare pacient, atât calitativ, cât și cantitativ. Deși diagnosticul poate fi complicat deoarece există multe tipuri de reacții, acesta trebuie întotdeauna bazat pe istoricul pacientului, examenul dermatopatologic și un răspuns pozitiv la retragerea medicamentului în cauză. Faptul că animalul se ameliorează sugerează o asociere cauzală. Deși se recomandă confirmarea reacției prin reintroducerea medicamentului pentru a demonstra asocierea, acest lucru nu s-a făcut în acest caz.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE

Odată ce animalul a răspuns la tratamentul pentru panleucopenie felină, au fost monitorizate numărul total și diferențial de leucocite, iar reluarea leucopoiezei a fost observată la 48 de ore după diagnosticare. Antibioticul cu spectru larg administrat timp de 10 zile a fost întrerupt din cauza potențialelor efecte secundare responsabile de reacția de hipersensibilitate. Animalul a rămas spitalizat și a primit terapie cu fluide până la ameliorare. În lunile următoare, pisica a fost examinată periodic și nu a mai prezentat semne clinice.

CONSIDERAȚII

Acest caz clinic este unic datorită evoluției clinice a pacientului. Inițial, panleucopenia a fost diagnosticată pe baza istoricului pacientului, a semnelor clinice, a leucopeniei și a unui test fecal pozitiv pentru antigenul parvovirusului felin. La zece zile după diagnosticarea parvovirusului, au apărut semne dermatologice, ceea ce a necesitat teste suplimentare. Nu este surprinzător faptul că pacientul a fost testat pozitiv pentru virusul imunodeficienței feline (VIF), deoarece fusese recent adoptat de pe stradă. Pisicile care intră în contact cu alte pisici sau participă la lupte cu pisicile fără stăpân sunt mult mai predispuse decât altele să fie testate pozitiv pentru VIF. Cu toate acestea, multe pisici infectate reprezintă

PUNCTE CHEIE ALE CAZULUI

Suspiciunea clinică de reacții adverse cutanate (RAC) se bazează pe:

- Apariția leziunilor cutanate edematoase ca o consecință a degranulării bazofilelor sau mastocitelor cauzată de o reacție de hipersensibilitate de tip I.
- Constatări histologice caracteristice.
- Efectul retragerii medicamentului suspectat: scăderea - semnelor clinice.

REAȚII ADVERSE CUTANATE LA MEDICAMENTE (RAM CUTANATE)

SCURTĂ DESCRIERE AL BOLII

La om, reacțiile adverse cutanate la medicamente (RAM) sunt împărțite în două categorii: (i) reacții dependente de doză și (ii) reacții idiosincratice. Această clasificare a fost adaptată și la medicina veterinară, deși este mai puțin relevantă astăzi decât înainte, deoarece medicamentele cu efecte specifice, primare sau terapeutice, cât și cu efecte nespecifice sau colaterale sunt utilizate zilnic. Cu toate acestea, apariția și intensitatea semnelor clinice în reacțiile din prima categorie sunt considerate previzibile, prevenibile și, prin urmare, legate de proprietățile chimice sau fizice ale medicamentului original sau ale metabolizilor acestuia. În schimb, RAM-urile cutanate idiosincratice sunt reacții care se manifestă independent de doză și nu sunt legate de proprietățile medicamentului. Aceste reacții au un mecanism patogen care, deși nu este pe deplin înțeles, se bazează previzibil pe o reacție de hipersensibilitate. Criteriile pentru diagnosticarea unei RAM cutanate sunt *:

- Un medicament neadministrat anterior, care este administrat mai mult de 7 zile înainte de apariția erupției cutanate. Dacă expunerea la medicament este repetată, semnele pot apărea mai devreme.
- Erupția cutanată apare atunci când pacientul este încă tratat cu acel medicament sau tocmai a întrerupt administrarea acestuia.
- Când administrarea medicamentului este întreruptă, erupția cutanată dispare de obicei în 7-14 zile.
- Dacă același medicament este administrat din nou, apare o erupție cutanată similară.
- Alte cauze ale erupției au fost excluse.

Din păcate, există încă date insuficiente pentru a determina ce tipuri de medicamente și în ce cantități pot provoca reacții adverse în medicina felină. De exemplu, au fost descrise unele cazuri în care tetraciclinele, penicilina și ampicilina pot fi asociate cu sindromul urticarie-angioedem, precum și cu alte modele lezionale (Fig. 3). Prognosticul este bun la întreruperea administrării medicamentului. Dacă medicația este absolut necesară pentru supraviețuirea pe termen

lung a pacientului, reintroducerea acesteia trebuie efectuată sub strictă supraveghere și în cadru spitalicesc.

TRATAMENT

Tratamentul reacțiilor adverse cutanate la medicamente (RAM) constă în:

- Întrerupeți administrarea oricărui medicament și, odată ce semnele clinice au dispărut, reintroduceți medicamentul cel mai puțin probabil să fi provocat reacția. Cu toate acestea, deși acest test de provocare este standardul de aur pentru confirmarea unei reacții adverse la medicament, considerațiile etice îl fac nerecomandabil.
- Tratați simptomele cu tratament antiinflamator sistemic sau topic suplimentar.
- Evitați administrarea de medicamente sintetice. Retragerea lor permite dispariția erupțiilor cutanate în câteva zile.

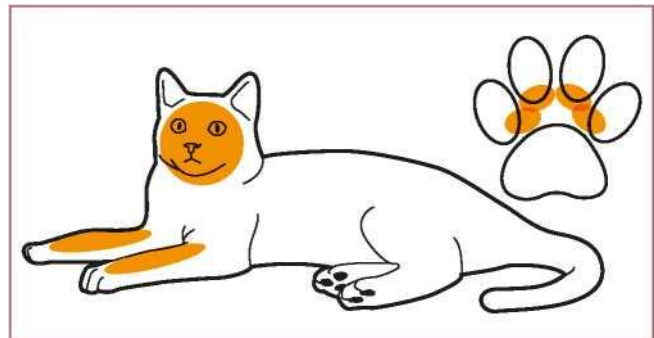


Figura 3. Pacienta, o pisică salvată recent de pe stradă, prezenta edem sever cu protuberanțe pe față și pe partea din față a membrilor anterioare. Dermatita exfoliativă era prezentă și pe pavilionul auricular și pe pernute. Desenul arată distribuția leziunilor în acest caz.

*Criterii extrase din: 1. Miller WH Jr, Griffin CE, Campbell KL. Muller & Kirk's Small Animal Dermatology, ediția a 7-a. Elsevier, St. Louis. (2013). pp. 472.
2. Benson L, Scott DW, Miller WH. Reacții adverse cutanate idiosincratice presupuse la 29 de pisici (1997-2012). *Jpn J Vet Dermatol*, 2015; 21: 143-148.

CASO 20. DERMATITIS EXFOLIATIVA Y EDEMA EN UN CATO INMUNOCOMPROMETIDO

Tabelul 1. Infecția cu herpesvirus felin de tip 1

Fața este o zonă afectată în mai multe afecțiuni ale pielii feline. Acest lucru poate complica diagnosticul. În plus, diagnosticul diferențial al angioedemului nu include multe boli. De exemplu, în infecția cu herpesvirus felin de tip 1, se dezvoltă conjunctivită, uneori cu hiperemie marcată și inflamație a conjunctivei sau chemoză. Alte semne comune includ secreții oculonazale seroase sau mucoide care progresează spre mucopurulente și cruste la nivelul nărilor externe și pleoapelor (Fig. 4). Astfel, unele afecțiuni au un tablou clinic unic, în timp ce altele au semne clinice comune mai multor boli.



Figura 4. Gato con infección por herpesvirus felino tipo 1. Imagen cortesía de la Dra. L. Barachetti (Instituto Veterinario de Novara, Polo Oculístico Veterinario, Milán, Italia).

REFERINȚE

CAZUL 1

- B ARDAGI M, F ONDEVILLA D, Z ANNA G, ET AL . *DIFERENȚE* histopatologice între adenita sebacee idiopatică canină și leishmanioza canină cu adenită sebacee. *Veterinary Dermatology*, 2010, 21:159-165.
- L ORTZ J, F AVROT C, MECKLENBURG L, ȘI ALȚII . Un studiu clinic multicentric controlat cu placebo privind eficacitatea ciclosporinei A orale în tratamentul adenitei sebacee idiopatice canine în comparație cu tratamentul topic convențional. *DERMATOLOGIE Veterinară*, 2010, 21:593-601.
- MILLER WH, GRIFFIN CE ȘI CAMPBELL KL . Muller și Kirk, *Dermatologia animalelor mici VII. DIVERSE BOLI ale pielii*, 2013, 695-699.
- SIMPSON A , MCKAY L. *Dermatologie aplicată: adenită sebacee la câini. Compendium : Educație continuă pentru medicii veterinari*, 2012, 34: 1-7 .
- SOUSA CA. Adenită sebacee. *Clinicile Veterinare din America de Nord , Practica Animalelor Mici*, 2006, 36:243-249.

CASO 2

- B URR HD, K EATING JH, C LIFFORD CA, ET AL . Limfom cutanat al tarsului la pisici: 23 de cazuri (2000-2012). *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 2014, 244:1429-1434.
- H OPKE KP, S ARGENT SJ. Prezentare nouă a complexului granulomatos eozinofilic la o pisică. *Journal of Feline Medicine and Surgery Open Reports* , 2019, 5.
- S UKSWAI N, LYAPICHEV K, K HOURS JD, ET AL . *VARIANTE DE* limfom difuz cu celule B mari : o actualizare. *Pathology* , 2020, 52:53-67.

CASO 3

- STERN AW, METRY C. Patologie în practică. Alopecia areata la un câine. *JOURNAL of the American Veterinary Medical Association*, 2014 , 245:1011-1013.
- Scarampella F, Roccabianca P Alopecia areata la câine: caracteristici clinice, dermoscopice și histologice. *Skin Appendage Disorders* , 2018, 4:112-117.
- TOBIN DJ, GARDNER SH , LUTHER PB ȘI COLAB . UN OMOLOG canin natural al alopeciei areata la om. *British Journal of Dermatology* , 2003, 149:938-950.

CAZUL 4

- BARDAGI M , MONTOLIU P , FERRER L , ET AL . Sindromul de mutilare acrală la un pinscher miniatural. *Jurnalul de patologie comparată*, 2011, 144:235-2
- C UMMINGS JF, DE L AHUNTA A, W INN SS. Mutilarea acrală și pierderea nociceptivă la câinii indicatori englezi. *Acta Neuropathologica*, 1981, 53:119.

- PARADIS M, DE JAMES C , PAGE N , ET AL . Mutilarea acrală și analgezia la 13 spanieli francezi. *Veterinary DERMATOLOGY* , 2005, 16:87-93.
- P LASSAIS J, L AGOUTTE L, C ORREARD S, ET AL . O mutație punctuală într-un ARNc lin în amonte de GDNF este asociată cu o insensibilitate canină la durere: un model spontan pentru neuropatia senzorială umană . *PLOS Genetics*, 2016, 29:12.

CASO 5

- B ANOVIC F Lupus eritematos cutanat canin. *Clinicile veterinare din America de Nord: Practica animalelor mici*, 2019, 49: 37-45.
- O LIVRY T, L INDER KE, B ANOVIC F. Lupusul eritematos cutanat la câini: o analiză cuprinzătoare. *BMC Veterinary Research*. 2018, 14:132.
- O LIVRY T, ROSSI MA, B ANOVIC F ȘI COLAB . Lupus eritematos mucocutanat la câini (21 de cazuri). *VETERINARY Dermatology*, 2015, 26: 256-e55.

CASO 6

- FOURNIER Q, BAVCAR S, PHILBAY AW ȘI COLAB . Un sindrom paraneoplazic cutanat nedescris anterior la o pisică cu timom. *Veterinary - DERMATOLOGY* , 2019, 30:342-e98.
- GÓJSKA - ZYGNER O , KARAS - TCZA J, LECHOWSKI R, ȘI ALȚII . *SINDROMUL* paraneoplazic cutanat la o pisică cu timom. Ediția Teraztl Prax , *KSmall Animals Pets*, 2013, 41:255-259 .
- LINEK M , RÜFENACHT S, BRACHELENTE C , ȘI ALȚII . *DERMATITĂ EXFOLIATIVĂ NON-ASOCIATĂ CU* TIMOMUL la 18 pisici. *Veterinary Dermatology*, 2015, 26:40-45, e12-3.

CASO 7

- B ARDAGI M, M ONACO M, F ONDEVILLA D. Dermatită pustuloasă sterilă sau non-antibiotică și leishmanioză canină: descriere a 14 serii de cazuri și un studiu statistic de asociere pe 2420 de cazuri. *Veterinary Dermatology* , 2020, 31, 197-e41.
- COLOMBO S, À BRAMO F, ALBANESE F ȘI ALȚII . Dermatită pustuloasă la câini afectați de leishmanioză: 22 de cazuri. *VETERINARY DERMATOLOGY* , 2016, 27, 9-e4.

CASO 8

- MONDAY JS . Papilomavirusuri LA felide. *Veterinary Journal*, 2014, 199:340-347.
- MONDAY JS, BENFELL MW, FRENCH A ȘI COLAB . Carcinoame bowenoide in situ la două pisici Devon Rex: dovezi ale unui comportament neoplasmic neobișnuit de agresiv la această rasă și detectarea expresiei genelor papilomavirale în leziunile primare și metastatice. *VETERINARY DERMATOLOGY* , 2016 , 27:215-e55.
- MONDAY JS, SHARP CR , B EATTY JA. Virusuri noi: Actualizare privind semnificația infecțiilor cu papilomavirus la pisici. *Journal of Feline*

Medicine and Surgery, 2019 , 21:409-418.

M ASCELLARI M, M AZZEI M, Z ANARDELLO C, ET AL . VIRUSUL papiloma Felis catus tipurile 1, 2, 3, 4 și 5 în carcinomul in situ bowenoid felin: un studiu de hibridizare in situ. *Veterinary Pathology*, 2019, 56:818-825.

WILHELM S , DEGORCE - RUBIALES F, GODSON D , ET AL . STUDIU clinic, histologic și imunohistochimic al plăcilor virale feline și AL carcinoamelor bowenoide in situ. *Veterinary Dermatology*, 2006, 17:424-431.

CASO 9

B ANOVIC F. Lupus eritematos cutanat canin: variante nou descoperite. *Clinicile Veterinare din America de Nord: Practica animalelor mici*, 2019, 49:37-45.

BANOVIC F, LINDER KE, URI M și COLAB . CARACTERISTICI CLINICE ȘI MICROSCOPICE ale lupusului eritematos discoid generalizat la câini (10 cazuri). *VETERINARY DERMATOLOGY*, 2016, 27:488-e131.

O LIVRY T, L INDER KE, B ANOVIC F. Lupusul eritematos cutanat la câini: o analiză cuprinzătoare. *BMC Veterinary Research*, 2018, 14:132.

CASO 10

GALEOTTI F, BARZAGLI F, VERCELLI A , ET AL . Limfangiosarcom felin - identificare definitivă folosind un marker vascular limfatic. *VETERINARY Dermatology* , 2004 , 15:13-18.

LENARD ZM , FOSTER SF , TEBB AJ și ALȚII . Limfangiosarcom la două pisici. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 2007 , 9:161-167.

JACKSON DE, BERENT LM, COHN LA și ALȚII . LIMFANGIOSARCOM INVAZIV local la un câine tânăr de rasă domestică cu păr scurt. *JOURNAL OF Feline Medicine and Surgery*, 2011, 13:796-799.

S UGIYAMA A, T AKEUCHI T, M ORITA T, și ALȚII . Limfangiosarcom la o pisică. *Comparative Pathology*, 2007, 137:174-178.

THONGTHARB A, CHAMBERS JK, U CHIDA K , și ALȚII . COMĂ limfangiosară cu metastaze sistemice LA o pisică domestică japoneză. *Journal of Veterinary Medical Science*, 2015, 77:371-374.

CASO 11

B ANOVIC F, O LIVRY T, L INDER KE și ALȚII . Patologie în practică. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 2014, 245, 11:1237-1239.

GROSS TL, HALLIWELL RE , MCDUGAL BJ și ALȚII . DERMATITĂ LICHENOIDĂ PSORIAZIFORMĂ la springer spaniel. *VETERINARY Pathology* 1986, 23:76.

MASON KV , HALLIWELL RE , MCDUGAL BJ și ALȚII . Caracterizarea dermatozei psoriaziforme lichenoidale la springer spaniel. *JOURNAL OF THE American Veterinary Medical Association*, 1986, 189:897.

CASO 12

C ONTREARY CL, OUTERBRIDGE CA, AFFOLTER VK, și ALȚII . Paniculita nodulară sterilă canină: un studiu retrospectiv pe 39 de câini. *VETERINARY DERMATOLOGY*, 2015, 26:451-458.

D ANDRIEUX JR, T IMM K, R OOSJE PJ și COLAB . Semne sistemice neobișnuite la un câine cu limfadenită neutrofilică-macrofagică sterilă și paniculită nodulară. *Journal of the American Animal Hospital Association*, 2011, 47:117-121.

GERMAN AJ, FOSTER AP, HOLDEN D și COLAB . PANICULITĂ NODULARĂ STERILĂ și pansteatită la trei câini weimaraneri. *JOURNAL of Small Animal Practice* , 2003, 44 : 449-455.

K IM HJ, K ANG MH, K IM JH și ALȚII . Paniculita sterilă la câini: noi descoperiri diagnostice și tratamente alternative. *Veterinary Dermatology* , 2011, 22:352-359.

O'KELL AL, INTEEWORN N, DIAZ SF și ALȚII . PANICULITA nodulară sterilă canină : un studiu retrospectiv a 14 cazuri. *Journal of Veterinary Internal Medicine*, 2010 , 24:278-284.

S CHISSLER J. Dermatită piogranulomatoasă sterilă și paniculită . *Clinicile Veterinare din America de Nord, Practica Animalelor Mici*, 2019, 49:27-36.

CASO 13

GROSS TL, IHRKE PJ, WALDER EJ și COLAB . Boli de piele la câine și pisică, ediția a 2-a, 2005, pp. 509-510, Blackwell Science Ltd, Oxford, Marea Britanie .

MECKLENBURG L, LINEK M și TOBIN DJ. Tulburări de cădere a părului la animalele domestice. 2009, pp. 161-162, Wiley-Blackwell, Iowa, SUA .

MILLER WH, GRIFFIN CE, CAMPBELL KL. Muller și Kirk's Small Animal Dermatology, ediția a 7-a 2013, pp. 559-560, WB Saunders, PHILADELPHIA , SUA .

CASO 14

C OHN LA. Botal nazală canină: o actualizare. *Clinicile Veterinare din America de Nord: Practica animalelor mici*. 2020; 50:359-374.

MELER E , DUNN M , LECUYER M. Un studiu retrospectiv al bolii nazale persistente la câini: 80 de cazuri (1998-2003). *CANADIAN Veterinary Journal*, 2008, 49:71-76.

THOMSON M. Carcinom cu celule scuamoase al planului nazal la pisici și câini. *TEHNICI clinice în practica animalelor mici*, 2007, 22:42-45.

CASO 15

BANOVIC F, OLIVERY T, ARTLET B, ET AL . Eritema multiformă hiperkeratotică („de câine bătrân”) : 18 cazuri. *VETERINARY DERMATOLOGY* , 2018; 29:356 (rezumat).

GROSS TL, IHRKE PJ, WALDER EJ, și ALȚII. **BOLI** DE piele la câine și Cat, Diagnostic clinic și histopatologic, ediția a II-a, Oxford: Blackwell Publishing, 2005, 65-68 și 75-78.

HIGH JE, LINDER KE, MAMO LB și COLAB. Răspuns rapid al eritemului multiform hiperkeratotic la oclacitinib la doi câini. *Veterinary Dermatology*, 2020; 31: 330-e86.

S COTT DW. Eritem multiform la un câine cauzat de un produs nutraceutic comercial. *Journal of Veterinary Science*, 2008, 1:16-21.

Y AGER JA. Eritem multiform, sindromul Stevens-Johnson și necroliza epidermică toxică: o analiză comparativă. *Veterinary Dermatology*, 2014, 25:406-e64.

CASO 16

A. FOLTER VK, M. OORE PF. Histiocitoză progresivă felină. *Veterinary Pathology*, 2006, 43:646-655.

COSTE M, PRATA D, CASTIGLIONI V, ET AL. **HISTIOCITOZA PROGRESIVĂ FELINĂ: O INVESTIGAȚIE RETROSPECTIVĂ A 26** DE CAZURI ȘI UN studiu preliminar al Ki67 ca marker prognostic. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation*, 2019, 31:801-808.

HIRABAYASHI M, CHAMBERS JK, SUMI A, ET AL. Imunofenotiparea histiocitelor neoplazice și neoplazice la pisici și caracterizarea unei noi linii celulare derivate din histiocitoza progresivă felină. *Veterinary Pathology*, 2020, 57:758-773.

MOORE PF. O TRECERE ÎN revistă a bolilor histiocitare la câini și pisici. *Veterinary Pathology*, 2014, 51:167-184.

O'BRIEN CR, MALIK R, GLOBAN M și ALȚII. **LEPRA** FELINĂ cauzată de *Mycobacterium lepraemurium*. *Journal of Feline Medicine and - SURGERY*. 2017, 19:737-746.

P. INTO DA C, UNHA N., G. HISLENI G., S. CARAMPELLA F. și ALȚII. Caracterizarea citologică și imunocitochimică a histiocitozei progresive feline. *Veterinary Clinical Pathology*, 2014, 43:428-436.

CASO 17

BANOVIC F, OLIVERY T, ARTLET B, și ALȚII. **ERITEMA MULTIFORMĂ HIPERKERATOTICĂ** („DE câine bătrân”) : 18 cazuri. *Veterinary DERMATOLOGY*, 2018, 29:356 (rezumat).

GROSS TL, IHRKE PJ, WALDER EJ și ALȚII. **BOLI** ALE pielii la câine și pisică. Diagnostic clinic și histopatologic, ediția a II-a, Oxford: Blackwell Publishing, 2005, 238-245.

INNERA M. Vasculita cutanată la animalele mici. *Clinicile Veterinare din America de Nord, Practica Animalelor Mici*, 2013, 43:113-134.

LEVY BJ, LINDER KE, OLIVERY T. Rolul oclacitinibului în gestionarea - dermatopatiei ischemice la patru câini. *Veterinary Dermatology*,

2019, 30: 201-e63.

MILLER WH, GRIFFIN CE, CAMPBELL KL. Muller & Kirk's Dermatology la animale mici. Ediția a 7-a. Philadelphia: WB Saunders, 2013. pp. 479-488.

NICHOLS PR, MORRIS DO, BEALE KM. Un studiu retrospectiv al vasculitei cutanate canine și feline. *Veterinary DERMATOLOGY*, 2001, 12: 255-264.

CASO 18

D AMINET S, PARADIS M. Evaluarea funcției tiroidiene la câinii care suferă de alopecie recurentă pe flanc. *Canadian Veterinary Journal*, 2000, 41:699-703.

MECKLENBURG L, LINEK M, TOBIN DJ. Tulburări DE CĂDERE A părului la animalele domestice. Ed. Wiley-Blackwell. 2009.

V ANDENABEELE SI, D AMINET S, VAN HAM L, și ALȚII. Evaluarea imunohistochimică a factorului de creștere a fibroblastelor 18 în alopecia recurentă de flanc la câini. *Veterinary Dermatology*, 2012, 23:461-462.

V ANDENABEELE SI, D ECLERCQ J, D ECOCK HE și ALȚII. Alopecia recurentă a flancului la câini: o sinteză între teorie și practică. *Flemish Veterinary Journal*, 2014, 83.

V ANDENABEELE SI, D ECLERCQ J, D AMINET S, ET AL. Alopecie canină atipică recurentă. *Veterinary Dermatology*, 2014, 25:56-58.

CASO 19

D UNCAN CF. Testarea hipotiroidismului la câini. *Clinicile Veterinare din America de Nord, Practica Animalelor Mici*, 2007, 37:647-669.

GRAHAM PA, REFSAL KR, NACHREINER RF. Constatări etiopatologice ale hipotiroidismului canin. *Clinici Veterinare: Practica Animalelor Mici*, 2007, 37:617-631.

MOONEY CT. Hipotiroidismul canin: o trecere în revistă a etiologiei și diagnosticului. *New Zealand VETERINARY Journal*, 2011, 59(3):105-114.

S COTT - MONCRIEFF JC. Sindroame clinice și boli concomitente ale hipotiroidismului la câini și pisici. *Clinicile Veterinare din America de Nord: Practica animalelor mici*, 2007, 37:709-722.

CASO 20

BENSON L, SCOTT DW, MILLER WH. Reacții adverse cutanate idiosincratice presupuse la 29 de pisici (1997-2012). *The Japanese - Journal of Veterinary Dermatology*, 2015, 21:143-48.

- H OETZENECKER W, N ĂGELI M, M EHRA ET, ET AL. *ERUPȚII* cutanate adverse medicamentoase: înțelegere actuală. *Seminarii de Imunopatologie*, 2016, 38:75-86.
- S COTT D, MILLER WH. Reacții adverse cutanate idiosincratice la medicamente la pisică: Recenzie a literaturii de specialitate și raport a 14 cazuri (1990-1996). *FELINE Practice*, 1998, 26:10-15.
- VOIE KL, CAMPBELL KL, LAVERGNE SN. Reacții DE HIPERSENSIBILITATE LA MEDICAMENTE CARE ȚINTESC pielea la câini și pisici. *Journal of Veterinary Internal Medicine*, 2012, 26:863-874.

Această carte este concepută pentru toți medicii veterinari pasionați de dermatologie. Scrisă de doi specialiști renumiți în domeniu, această carte fantastică explorează procesul de raționament diagnostic în această specialitate. Este o lucrare practică ce prezintă cazuri clinice deosebit de complexe, în care autorii analizează tabloul clinic, rezultatele testelor de diagnostic și diversele strategii de tratament aplicate. De asemenea, include fotografiile color, tabele și considerații clinice de care trebuie să Țineți cont.

<http://store.grupoasis.com>



Editura medicilor veterinari

ISBN 978-84-18786-58-5



9 788418 706585

65,00 EUR 79,99 USD 1.695,00 MXN



LIBR2004